

MABEL CRISTINA TAVARES CAVALCANTI

**CONVERSANDO COM A PESSOA A SER AMPUTADA:  
UMA CONTRIBUIÇÃO A PSICOLOGIA MÉDICA.**

Tese de Doutorado apresentada à  
Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassoria.

CAMPINAS, 1991.

I

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

C253c Cavalcanti, Mabel Cristina Tavares  
Conversando com a pessoa a ser amputada : um con-  
tribuição a psicologia médica / Mabel Cristina  
Tavares Cavalcanti--IS.n.], 1991.

Orientador : Rosevelt Moisés Smeke Cassorla.  
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departa-  
mento de Psiquiatria e Psicologia Médica.

1. Psicologia médica. 2. Amputação - Psicologia.  
3. Relações médico - Paciente. I. Cassorla,  
Rosevelt Moisés Smeke. II. Universidade Estadual  
de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Depar-  
tamento de Psiquiatria e Psicologia Médica. III.  
Título.

20. CDD- 610.19  
- 617.580 019  
- 610.696

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicologia medica 610.19
2. Amputação : Psicologia .617.580 019
3. Relações médico : Paciente 610.696

Aos meus pais,  
Manoel e Nizette.

## **AGRADECIMENTOS**

O agradecimento inicial vai para os meus pais, incansáveis no apoio e incentivo desde as primeiras letras, e à minha irmã, carinhosamente atenta em todas as fases de execução deste trabalho.

As pessoas que aceitaram ser entrevistadas e participaram comigo deste estudo. A elas, devo grande parte das idéias e o privilégio de aprender mais a respeito do ser humano.

A Prof<sup>a</sup> Ester Azoubel Sales, do Departamento de Cirurgia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a quem agradeço a cuidadosa leitura e inestimáveis sugestões ao texto do primeiro capítulo.

Ao Prof. Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassoria, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, orientador desta tese, eu quero agradecer a escuta acolhedora às minhas dúvidas e a discussão enriquecedora de cada parágrafo dos manuscritos.

Ao Prof. Dr. John Cook Lane e equipe, da Disciplina de Moléstias Vasculares Periféricas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e ao Dr. Valmir Cândido de Oliveira e equipe, do Centro de Diagnóstico Cardíaco e Vascular do

Hospital Irmãos Penteado, os meus agradecimentos pelo acesso aos pacientes internados.

Aos colegas do Departamento de Neuro-Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, que assumindo as minhas atividades de assistência e ensino, facilitaram o meu afastamento para a elaboração deste estudo. Muito Obrigada.

Minha gratidão aos amigos Sílvia Helena e Afonso Celso Juliano, Vera Renata Polleto, Clélia Maria Káter, Maria do Carmo de Souza Leão Lima, Breno e Maria do Carmo Carvalho, e José Francisco de Albuquerque, que não mediram esforços e sempre estiveram presentes quando eu precisei de ajuda.

Por fim, o meu agradecimento a Adilson Gomes por seu competente trabalho de digitação e impressão do texto final.

## INDICE

Resumo.....	01
Abstract.....	03
Introdução.....	05

### 1ª PARTE: APROXIMANDO-SE DO OBJETO DA PESQUISA.

Capítulo I- Amputação motivada por doença arterial oclusiva crônica: Aspectos clínicos.....	11
I.1- Causas gerais de amputação.....	12
I.2- Incidência de amputação.....	14
I.3- Doenças vasculares.....	15
I.3.1- Classificação.....	16
I.3.2- Insuficiência arterial periférica crônica	17
I.3.2.1- Aterosclerose obliterante periférica	19
I.3.2.2- Tromboangeite obliterante.....	28
I.4- Amputação em membro isquêmico.....	30
I.5- Mortalidade nas amputações motivadas por doença arterial oclusiva crônica.....	32

Capítulo II- Considerações acerca das amputações: O ponto de vista psicossocial.....	35
II.1- Pesquisas em amputação de membros.....	35
II.2- Pré-operatório em amputação de membros.....	39
II.3- Adaptação psicossocial à amputação.....	45
II.3.1- Amputação por traumatismo.....	48
II.3.2- Amputação por câncer.....	50
II.3.3- Amputação por doença arterial oclusiva crônica.....	53
II.4- Outros problemas psicossociais.....	56
II.4.1- Os distúrbios da imagem corporal.....	57
II.4.2- O comportamento sexual.....	65
II.4.3- A readaptação profissional.....	66
II.4.4- A readaptação familiar.....	67
II.4.5- A depressão entre amputados.....	69
 Capítulo III- Objetivos.....	 72
 Capítulo IV- Metodologia.....	 76
IV.1- A procura do método.....	76
IV.2- O método clínico.....	80
IV.3- Elaboração e descrição do instrumento utilizado	84
IV.4- Condições de realização da entrevista.....	87
IV.5- Participantes do estudo.....	91

2ª PARTE: RESULTADOS E DISCUSSÃO: O SER HUMANO E A AMPUTAÇÃO DE MEMBROS.

Capítulo V- A experiência da doença.....	104
V.1- A doença é igual à dor.....	104
V.2- Tempo de evolução/circunstâncias de aparecimento	106
V.3- Outras doenças e a relação com a doença arterial	107
V.4- Teorias acerca da doença.....	110
V.4.1- Contestação / aceitação das teorias científicas.....	115
V.4.2- Relação parcial com a doença.....	117
V.4.3- Uma teoria especial.....	118
V.4.4- "E eu não fiz mal a ninguém...".....	120
V.5- Tratamento caseiro.....	121
V.6- Tratamento médico.....	122
V.7- Gravidade da doença.....	125
Capítulo VI- A experiência hospitalar.....	132
VI.1- O internamento hospitalar.....	132
VI.1.1- O afastamento do lar.....	132
VI.1.2- O motivo do internamento.....	135
VI.2- O pré-operatório.....	142
VI.2.1- A comunicação da amputação.....	142
VI.2.2- As expectativas da cirurgia.....	147
VI.2.3- Outras situações de perda.....	151
VI.2.4- As fontes de apoio.....	153

VI.2.5- O nível de amputação.....	155
VI.3- Vivências da experiência cirúrgica.....	156
VI.4- A alta hospitalar.....	159
VI.4.1- Os planos para o futuro.....	160
VI.4.2- A expectativa de retorno da doença..	161
Capítulo VII- A volta para casa.....	168
VII.1- A visita domiciliar.....	168
VII.2- As vicissitudes de retornar ao seu ambiente	169
VII.3- Independência motora/nível de atividades..	171
VII.4- Isolamento social.....	174
VII.5- Situação de perigo/recidiva da doença.....	176
VII.6- Imagem corporal.....	178
VII.7- Relações afetivas.....	180
VII.8- Avaliação da experiência hospitalar.....	183
VII.8.1- O motivo da amputação.....	183
VII.8.2- Ajuda/conforto.....	186
Capítulo VIII- Conclusão.....	194
Anexos.....	211
Referências bibliográficas.....	261

## INDICE DE QUADROS

QUADRO I- Pacientes 1, 2, 3 e 4. Dados pessoais e informes clínico-cirúrgicos.....	94
QUADRO II- Pacientes 5, 6, 7 e 8. Dados pessoais e informes clínico-cirúrgicos.....	95
QUADRO III- Pacientes 9, 10, 11 e 12. Dados pessoais e informes clínico-cirúrgicos.....	96

## **RESUMO**

### **CONVERSANDO COM A PESSOA A SER AMPUTADA: UMA CONTRIBUIÇÃO À PSICOLOGIA MÉDICA**

A amputação de membros inferiores ocorre frequentemente como indicação de tratamento radical para as complicações de doenças arteriais crônicas. A adaptação psicossocial da pessoa amputada encontra-se fortemente determinada pelo seu modo de reagir à doença e defrontar-se com a cirurgia.

A elaboração deste estudo objetivou conhecer e compreender as teorias e os sentimentos desenvolvidos pelo paciente acerca da doença arterial, as expectativas diante de ato cirúrgico tão agressivo, suas perspectivas de reabilitação e a comunicação que estabelecem paciente e equipe terapêutica.

Doze pessoas acometidas de arteriopatia crônica de extremidades foram acompanhadas durante a hospitalização e entrevistadas nos períodos pré e pós operatórios, por ocasião da alta hospitalar, e mais uma vez em suas residências.

A doença arterial crônica se revelou uma patologia extremamente dolorosa, grave, de longa evolução, progressivamente limitante e que acarreta perdas significativas. Para explicar o seu aparecimento, os pacientes elaboraram teorias que levam em conta, entre outros, os aspectos mais cotidianos, anteriores

experiências do adoecer, e crenças místicas mobilizando onipotentes fantasias de aniquilamento e destruição.

Tentativas de tratamento leigo foram ensaiadas com base nessas concepções. O tratamento médico, pela transitoriedade dos resultados obtidos, é fonte de pessimismo e descrença quanto à manutenção do membro. A amputação foi sempre considerada uma possibilidade a ser adotada para a resolução do problema.

Ao lado de resultados realistas - assegurar a sobrevivência e aliviar a dor -, a cirurgia para a amputação se acompanhou de idealizadas expectativas de cura para todos os problemas de saúde ou traduziu necessidade de punição e aí foi considerada uma boa lição.

Na ausência de um planejamento de reabilitação física e de chances de reintegração social, as consequências esperadas da perda do membro são, para a maioria, a manutenção das limitações já vivenciadas em relação à doença.

O nível de conhecimento que o paciente exhibe a respeito da situação concreta em que se encontra é precário. A comunicação estabelecida com a equipe médica foi sentida insuficiente para esclarecimento de dúvidas e tranquilização dos temores.

No final do estudo, levando em consideração os dados obtidos, são discutidas hipóteses que possam contribuir para a facilitação da relação entre o paciente a ser amputado e a equipe terapêutica.

## **ABSTRACT**

### **TALKING TO THE PERSON WHO WILL BE AMPUTATED: A CONTRIBUTION TO MEDICAL PSYCHOLOGY.**

The amputation of lower limbs is frequently indicated as radical treatment for chronic arterial diseases. The amputee's psycho-social adaptation is deeply interwoven with the way the patient will react to the illness and face the surgery.

This study aims at investigating and understanding the theories and feelings patients develop towards arterial disease. It also seeks to comprehend the expectations patients nurture about such an aggressive surgical intervention, the outlook they have for rehabilitation and the relationship they establish with the therapists.

Twelve patients suffering from peripheral chronic artereopathy were followed up during hospitalization. They were interviewed not only during pre- and post-surgery periods, but also at hospital discharge and, later on, at their homes.

The chronic arterial disease was described as an extremely painful, progressively limiting, serious pathology of long evolution. It inflicts great losses. To explain the disease onset, the patients elaborated theories which took into account several aspects, such as experiences prior to the illness,

and mystical beliefs, mobilizing omnipotent fantasies of annihilation and destruction.

Non-scientific attempts to cure the disease were tried out based on these concepts. The positive, though short-living results obtained through eventually inefficient medical treatment also triggered off pessimism and skepticism towards the possibility of conserving the limb. Amputation has always been looked upon by the patients as a possible solution to their health problem.

Besides realistic results, such as life preservation and pain relief, surgery for amputation has also been either connected with idealized expectations, along the line of *the cure for all health problems*, or translated into the need for punishment, like *something that served you right*.

Due to the lack of physical rehabilitation planning and to the bleak chances for social reintegration, the forecast consequences concerning the loss of a limb mean, in most cases, living on the same limited life which the disease had previously imposed.

Patients show little awareness of their real situation. Patient-doctor communication was felt to be insufficient to dissipate doubts and fears.

The gathered evidence provided grounds for hypotheses to be raised which may contribute to facilitating the relationship between the person to be amputated and the therapeutic team.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem uma longa história. Não sei precisar quando ela começou, mas identifico momentos que conjuntamente contribuíram como a motivação interna para sua elaboração.

Pode ter se iniciado na minha infância quando assisti diversas vezes o caminhar de um vizinho, *ferido de guerra e quase louco*, como me diziam, quem de posse de suas muletas tentava vencer os obstáculos das ruas e das atitudes de piedade ou chacota, raras vezes de respeito, da comunidade onde morávamos. Pode ter começado muito antes, antes mesmo que as lembranças da mais tenra infância me permitam reconhecer...

Pode ter sido também no curso de Medicina quando, após uma aula de Angiologia, um paciente, acamado, me chamou particularmente e de quem eu ouvi, chocada, um apelo dramático e doloroso. Ele desejava que eu insistisse junto ao médico assistente que lhe amputasse a perna, tamanha a dor que sentia e me dizia ser insuportável.

Mais tarde, durante o meu treinamento na Residência Médica, eu tive a oportunidade de voltar por diversas vezes à enfermaria de Cirurgia Vascular para atender alguns pacientes

internados. Um deles, em especial, chamou a minha atenção, pois enquanto todos os outros haviam sido atendidos em decorrência de distúrbios apresentados após a amputação, aquele recusava a cirurgia e este era o motivo do atendimento psiquiátrico. Ao entrevistá-lo, me disse o paciente que não poderia viver sem a sua perna.

O que distinguia um do outro?

O estudo sistemático sobre o tema teve início com o levantamento das pesquisas disponíveis e a constatação de uma abundância de trabalhos que, em sua imensa maioria, se dispunham a examinar o que acontecia à pessoa após a amputação. São textos ricos, detalhados, seguindo orientação de diversas escolas psiquiátricas e abrangem uma série enorme de dados sobre o que se convencionou chamar *sequelas das amputações de membros*.

Mas, não me satisfaziam em esclarecer o que estava acontecendo antes da cirurgia. Faltava o ser humano, a pessoa doente e o impacto que a doença e a cirurgia causavam em sua biografia. Portanto não me ajudariam a compreender reações tão dispares como as que eu havia encontrado nesses dois momentos.

Já fazendo parte das minhas funções docentes, passei a supervisionar o trabalho dos médicos residentes junto aos pacientes internados na enfermaria de Cirurgia Vascular, para quem eram solicitadas consultas psiquiátricas.

Observei mais uma vez que o interesse dos assistentes dirigia-se, primordialmente aos cuidados necessários no pós-operatório, o que, de certa forma, espelhava e justificava o grande número de pesquisas que abordavam este período.

Comecei a entrevistar os pacientes cujo tratamento incluísse a possibilidade de amputação de membros. Eram

entrevistas livres, eu queria ouvir o que as pessoas tinham a dizer de si, de sua doença e do momento que estavam vivendo. Apenas algumas puderam ser realizadas mas o resultado pode ser considerado o embrião da presente pesquisa.

A reflexão sobre aqueles discursos de necessidades, desejos e temores permitiu que um estudo sistematizado pudesse ser pensado e estruturado a partir de perguntas que fiz a mim, aos pacientes e aos textos disponíveis.

Os capítulos I e II trazem a revisão bibliográfica dos aspectos médicos e psicossociais envolvidos nas amputações de membros, evidenciando aquelas que se realizam motivadas por doença arterial oclusiva crônica. Os capítulos III e IV tratam da delimitação dos objetivos, da escolha do método clínico, além da elaboração e descrição do instrumento utilizado nas entrevistas realizadas com pessoas a serem amputadas. Concluída a primeira parte, o meu intuito é ter aproximado o leitor do objeto da pesquisa.

Os capítulos V,VI,VII contêm os resultados e discussão das idéias, atitudes e sentimentos desenvolvidos pelos pacientes nas suas experiências com a doença arterial, a amputação e a volta para a casa. O capítulo VIII está reservado às conclusões.

O estudo é a tentativa de uma visão compreensiva de alguns processos psicológicos que podem estar subjacentes à interpretação que os pacientes com patologia arterial oclusiva crônica oferecem ao seu adoecer, à perda do membro e às possibilidades que vislumbram para a sua vida diante da nova condição com que se deparam. É a tentativa de compreender os sentimentos e atitudes que desenvolvem no período de internação hospitalar para consigo mesmo, com a situação presente e com a

equipe terapêutica.

## **PRIMEIRA PARTE**

APROXIMANDO-SE DO OBJETO DA PESQUISA

## CAPÍTULO PRIMEIRO

I - AMPUTAÇÃO MOTIVADA POR DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA CRÔNICA: ASPECTOS CLÍNICOS.....	11
I.1- CAUSAS GERAIS DE AMPUTAÇÃO.....	12
I.2- INCIDÊNCIA DE AMPUTAÇÃO.....	14
I.3- DOENÇAS VASCULARES.....	15
I.3.1- CLASSIFICAÇÃO.....	16
I.3.2- INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA.....	17
I.3.2.1- ATROSCLEROSE OBLITERANTE PERIFÉRICA... ..	19
I.3.2.2- TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE.....	28
I.4- AMPUTAÇÃO EM MEMBRO ISQUÊMICO.....	30
I.5- MORTALIDADE NAS AMPUTAÇÕES MOTIVADAS POR DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA CRÔNICA.....	32

## I - AMPUTAÇÃO MOTIVADA POR DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA CRÔNICA: ASPECTOS CLÍNICOS

Amputação é um substantivo feminino, originário do latim e exprime o ato de amputar. Quando relacionada à Medicina, refere-se à *ablação parcial ou total de uma estrutura orgânica... permanecendo no local uma deformidade que, em alguns casos, pode ser compensada por uma prótese*. O verbo amputar relaciona-se também a *reduzir, limitar, restringir, eliminar, suprimir*. (FERREIRA, 1986).

Pode-se pensar: reduzir capacidades, limitar expectativas, restringir horizontes, mas também: eliminar o mal pela raiz, suprimir a dor e o sofrimento.

Estes significados antagônicos parecem gerar um conflito que se posiciona, tendo em um polo as perdas, a mutilação do corpo, a agressão à imagem corporal, a ameaça às possibilidades profissionais, ao status financeiro, ao desempenho sexual, e, no outro, o alívio da dor, das infecções, o fim dos exames, das internações hospitalares, das cirurgias restauradoras, enfim, debelar a doença na esperança de salvar a vida.

Este é o dilema que a pessoa com a doença arterial oclusiva crônica pode ter diante de si em algum momento. Muitas vezes ele a acompanha durante meses e até anos no decorrer da

patologia.

Este capítulo nasce da necessidade de situar a amputação motivada por doença arterial oclusiva crônica no contexto geral das amputações. É meu desejo particularizá-la como uma forma de tratamento no âmbito da cirurgia vascular e, deste modo, separá-la de outras formas, sejam as que surgem inesperadamente, as traumáticas, ou aquelas que se oferecem como opção, no caso das disfunções congênitas.

Para destacar este tipo de amputação, julguei que uma visão, mesmo sucinta, das doenças arteriais que são as responsáveis pela maioria das indicações desse tipo de tratamento radical, pudesse ajudar a compreender o caminho percorrido pelo paciente ao longo da enfermidade, com a sintomatologia e com as várias possibilidades terapêuticas manejadas, até que a perda do membro se faça imperiosa.

O que está registrado é uma breve compilação, resultado da leitura realizada sobre o tema nos textos especializados mais conhecidos. Eles foram de grande utilidade na compreensão geral do problema e, creio que assim, poderão ser úteis também ao leitor.

## I.1 - CAUSAS GERAIS DE AMPUTAÇÃO

O Conselho de Terapia Física da Associação Médica Americana ( COUNCIL ON PHYSICAL THERAPY, 1940 ) sugere a classificação dos amputados em três categorias: a primeira, a daqueles indivíduos previamente íntegros e que a amputação representa uma perda súbita; a segunda, onde estão aqueles que sofrem de doenças crônicas de uma extremidade e em cujo caso a

amputação se impõe para salvar-lhes a vida; a terceira, onde estão incluídos aqueles com condição de uso de próteses úteis.

Do ponto de vista prático e observando cuidadosamente as várias causas de amputação, verifica-se que, na primeira categoria encontram-se todas aquelas associadas a traumatismo físicos, tais como: acidentes em meios de transporte, acidentes de trabalho, uso de máquinas cortantes, conflitos armados, agressões térmicas e picaduras de animais peçonhentos. Na segunda, acham-se os portadores de insuficiência vascular periférica, doenças vasoespásticas, infecções ósseas crônicas e afecções neoplásicas. Na terceira, a amputação de extremidades com disfunção congênita (ENGSTRAND, 1976 )

Quando consideradas as faixas etárias, observa-se que as amputações de causas traumáticas ocorrem principalmente em indivíduos em fase mais produtiva, isto é, entre os 20 e 50 anos. As de causas congênitas ocorrem preferencialmente em pacientes muito jovens, na sua maioria abaixo dos 5 anos ( GOLDBERG, 1984 ), mas LAMBERT ( citado por BOYLE, 1984 ) afirma que o trauma é também a causa mais comum de amputação em crianças, seguido por neoplasias e infecções. As amputações por doenças estão mais estreitamente vinculadas aos quadros de insuficiência vascular periférica e a grande maioria dos pacientes está acima dos 55 anos de idade. Em casos de neoplasias, as amputações são indicadas como tratamento para o sarcoma osteogênico e ocasionalmente para o sarcoma de Ewing, tumores que têm um pico de incidência entre os 10 e 25 anos. Outros tumores menos comuns como os fibrossarcomas, os leiomiomas, e o sarcoma sinovial podem incluir a amputação como forma de tratamento ( BOYLE, 1984 )

## I.2- INCIDÊNCIA DE AMPUTAÇÃO

As amputações são procedimentos cirúrgicos de alta incidência. Segundo KESSLER (1951), enquanto o período da 2ª Guerra Mundial produziu 18.000 militares norte-americanos amputados, 120.000 operações desse tipo ocorreram entre os civis, resultantes das mais diversas causas, nos Estados Unidos.

O número exato de novas amputações por ano não é conhecido, mas parece ser crescente, embora os autores consultados não tenham estabelecido relação com o aumento da população geral. As estimativas apontam para cerca de 30.000 (ENGSTRAND, 1976), 35.000 (KASHANI, 1983), 43.000 (GOLDBERG, 1984), até 60.000 (FRIERSON, 1987), entre os estudos realizados nos Estados Unidos. ENGSTRAND, (1976) afirma que: *85% das amputações em tempo de paz são motivadas por doença vascular periférica, sendo a grande maioria formada de pessoas acima de 55 anos.*

Em 1984, GOLDBERG retrata um estudo levado a efeito pelo Centro Nacional para Estatística de Saúde, onde estavam registrados 358.000 amputados, no ano de 1977. Nesta população, 210.000 casos envolviam uma extremidade inferior, 101.000 uma extremidade superior e os demais casos eram pessoas com mais de uma extremidade amputada.

Quando considerado o sexo, observa-se maior percentagem em homens, na proporção de 3:1 (72 para 28%), e se junto ao sexo a outra variável associada é a doença, a relação cai para 2,1:1.

Em relação aos membros inferiores a proporção entre homens e mulheres era de 2,5:1, com uma distribuição supra e infrapatelar que varia com as causas.

Levando em consideração as causas de amputação, o autor

assinala que aquelas por disfunção congênita totalizavam 2,9%, as tumorais 5,0% e as traumáticas respondiam por 22,4%. O maior contingente estava distribuído entre doença vascular e infecção com 70,3%.

KAY & NEWMAN (1975) estudando 6.000 novos casos, registraram que 93% das amputações foram realizadas em pessoas acima de 60 anos de idade e motivadas por doença vascular, com uma proporção entre homens e mulheres de 9:1. Verificaram também um índice de 3,3% de reamputação e mais uma vez as doenças vasculares e infecções respondiam por 41% desse total.

Ainda com relação às reamputações, os pacientes que perderam uma extremidade por doença vascular crônica têm 33% de chances de perderem a outra num prazo de 5 anos (GOLDBERG, 1984).

Os dados apresentados retratam bem a questão mais relevante. A amputação de membros ocorre mais frequentemente como tratamento radical para doenças vasculares. Nesta condição ela se verifica preferencialmente entre os homens, em faixa etária acima dos 55 anos, e é predominante nas extremidades inferiores. A progressão da doença envolve alto risco de reamputação.

No Brasil, não dispomos de dados estatísticos relativos às amputações.

### I.3- DOENÇAS VASCULARES

A Angiologia, abrange basicamente o estudo das afecções dos vasos periféricos, fundamentando-se nos conhecimentos anatômicos, nas leis da física hidráulica e nos fenômenos químicos

da parede vascular. Interessa-se também pelas alterações que são secundárias à patologia própria dos vasos para estabelecer a relação entre ambas, compreender a patogenia das últimas e definir o tratamento (GRAU, 1973).

O termo *doença vascular periférica*, em seu sentido mais amplo, aplica-se à doença de qualquer vaso sanguíneo fora do coração e à doença dos vasos linfáticos (ALLEN, 1962). Entre nós, LANE & COLS. (1979) também utilizam a mesma definição.

### I.3.1- CLASSIFICAÇÃO

De modo geral, a maioria dos autores enfatiza os sistemas acometidos, dividindo as doenças vasculares periféricas em : doenças arteriais ou arteriopatias, doenças venosas ou flebopatias e doenças linfáticas ou linfopatias.

Quando as alterações interessam a mais de um sistema, MAFFEI & COLS. (1987) as denominam doenças vasculares de origem mista. MARTORELL (1972) abre capítulos especiais para estudar os tumores vasculares, as enfermidades dos grandes vasos centrais e enfermidades dos vasos periféricos. ZERBINI (1974) utiliza o título *Outras Afecções Vasculares*, agrupando aí as deformidade vasculares congênitas (os hemangiomas) e tumores vasculares, as linfopatias (que para outros autores integram um capítulo particular), a síndrome de compressão neurovascular cervico-braquial e o pé diabético.

O termo *funcional* é usado para descrever os distúrbios de circulação causados por mudanças no calibre dos vasos sanguíneos ou linfáticos que não são de ordem estrutural ou orgânica, são reversíveis e transitórios. O termo *orgânico* é usado para

descrever os distúrbios da circulação causados por mudanças estruturais nos vasos sanguíneos e linfáticos (ALLEN, 1962).

MORAES (1988) classifica as doenças arteriais em: funcionais e orgânicas. As vasculopatias funcionais estão ligadas às alterações do sistema nervoso simpático que acarretam espasmos e paralisias, enquanto nas patologias orgânicas são encontradas alterações da própria parede do vaso condicionadas por processos inflamatórios, degenerativos, traumáticos, embolígenos ou ainda devidas à compressão extrínseca, repercutindo na irrigação sanguínea do território distal à lesão.

Diante de um campo tão amplo, selecionei os quadros clínicos mais relacionados com a escolha do problema a ser investigado, julgando que a sua identificação ajude a compreender a questão da amputação como uma das indicações de tratamento cirúrgico para as complicações das afecções vasculares.

Desta forma, o interesse recai, particularmente, no estudo das patologias arteriais oclusivas crônicas que respondem pelo maior número de indicações cirúrgicas radicais, tipo amputação. Verificamos que, embora com pequenas diferenças, elas se expressam por um cortejo sintomatológico amplo, denominado *insuficiência arterial periférica crônica*.

### I.3.2- INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA

Insuficiência arterial e isquemia são termos usados para designar uma circulação arterial inadequada (ALLEN, 1962). A condição pode ser aguda ou crônica.

A obstrução de uma artéria de grande ou médio calibres resulta em um quadro clínico que varia na dependência dos órgãos e

tecidos atingidos. Portanto as oclusões dos troncos supra-aórticos podem produzir hemiplegias; as da artéria mesentérica superior levam à isquemia do intestino; as das artérias coronárias ao infarto agudo do miocárdio; as das artérias renais à hipertensão arterial reno-vascular.

Quando uma artéria de um membro é sede de uma obstrução aguda, independentemente da causa, resulta em manifestações clínicas próprias, tais como: dor, frieza, palidez, impotência funcional e ausência de pulso, que compõem o quadro de insuficiência arterial periférica aguda.

Em contrapartida, todos os processos que ao longo do tempo são responsáveis por uma diminuição crônica do aporte arterial aos membros, dão origem a um síndrome isquêmico crônico, também chamado insuficiência arterial periférica crônica (I.A.P.C.).

Predominante nos membros inferiores, o quadro clínico da I.A.P.C. tem como sintoma clássico a claudicação intermitente. Ela é descrita pelo doente como dor, cãimbra, paralisia, fadiga ou aperto - daí também chamada *angor cruris* (GRAU, 1972) - que se instala durante o caminhar e cede com repouso, tem aparecimento e desaparecimento rápidos. A capacidade motora diminui com o agravamento da obstrução e o aparecimento da dor guarda estreita relação com a distância percorrida, havendo conseqüente diminuição do perímetro de marcha. A dor é crescente e o paciente é obrigado a interromper o caminhar, diante da possibilidade de cair por falha muscular (MARTORELL, 1972; PEUCH-LEÃO, 1974; LANE & COLS., 1979; MORAES, 1988).

Outros elementos diagnósticos da I.A.P.C. são:

\_ A dor de repouso, é manifestação de insuficiência

arterial grave. Instala-se ou piora quando o membro está em posição horizontal, por isso é mais frequente à noite. Persistente e de forte intensidade é referida ser causa de insônia. Seu aparecimento é mais distal acometendo inicialmente o hálux e artelhos. Progressivamente pode atingir o pé e a perna, e mais raramente a coxa;

\_ Entre os distúrbios sensitivos são comuns as queixas de *adormecimento e formigamento* nos dedos dos pés;

\_ O aumento de sensibilidade ao frio é referido pelos pacientes como dificuldade para aquecer os membros;

\_ Fraqueza e atrofia musculares e rigidez articular são resultado do desuso e posições antálgicas viciosas;

\_ A necrose dos tecidos é localizada e se apresenta sob a forma de ulcerações nos dedos e no local do trauma, ora como mumificação (gangrena seca), ora gangrena associada à infecção (gangrena úmida).

\_ Os pulsos estão ausentes ou diminuídos em relação à região afetada e de acordo com grau de obstrução;

\_ Sopros audíveis sobre a área de estenose arterial.

São causas mais comuns da insuficiência arterial periférica crônica: a aterosclerose, a tromboangiíte obliterante e a aterosclerose obliterante com diabetes. Com menor frequência pode ser encontrada nos aneurismas arteriais e ocasionalmente em alguns portadores de coarctação da aorta (MARTORELL, 1972).

#### I.3.2.1- ATEROSCLEROSE OBLITERANTE PERIFÉRICA

A aterosclerose obliterante periférica é a designação de uma doença crônica que afeta a parte terminal da aorta abdominal,

as artérias ilíacas e as artérias que irrigam as extremidades.

Nos membros, a localização preferencial é a artéria femoral superficial e o segmento proximal da artéria poplítea. As artérias femoral comum, femoral profunda e aquelas que irrigam as pernas são menos frequentemente atingidas (STRANDNESS, 1988). Com frequência muito menor as artérias subclávias, em seu 1/3 proximal, podem ser sede das lesões (LASTÓRIA, 1987).

A aterosclerose de pequenas artérias, em especial aquelas que irrigam as pernas, é mais comum nos indivíduos com o hábito de fumar e/ou diabetes (ROSS, 1988).

#### **Incidência:**

Não são conhecidos, entre nós, informes referentes à epidemiologia da aterosclerose obliterante periférica, mas LASTÓRIA (1987) acredita que a grande procura pelos serviços especializados, aponta para uma elevada incidência.

É a causa mais comum de doença arterial obstrutiva das extremidades, sendo a responsável por 85% dos casos de claudicação intermitente dos membros inferiores. Ela se manifesta habitualmente entre os 50 e 70 anos de idade, sendo rara antes dos 30 anos e é quase exclusiva nas extremidades inferiores.

#### **Etiopatogenia:**

A questão da etiopatogenia da aterosclerose é multifatorial e novos conhecimentos vêm sendo constantemente

acrescentados.

Na década passada foi possível desenvolver uma hipótese abrangente que leva em conta a estrutura da parede arterial, o conhecimento de fatores de riscos, as células envolvidas e o processo biológico que pode resultar nas lesões de aterosclerose. Esta hipótese é conhecida como *a resposta à agressão endotelial* (THURGEIRSON, 1978; WOLOSKER, 1984; LASTÓRIA, 1987; STRANDNESS, 1988; ROSS, 1988).

Diante de agressões, sejam elas mecânicas, biológicas ou imunológicas, o endotélio perde duas de suas funções mais importantes. A primeira delas é a função trombo-resistência da interface sangue-parede vascular que é assegurada através de substâncias que impedem a ativação do sistema de coagulação. A segunda é a capacidade de atuar como uma barreira natural e seletiva. Lesado, o endotélio deixa passar, para as outras camadas da parede arterial, substâncias de elevado peso molecular, entre elas, as lipoproteínas.

A área lesada é então recoberta por plaquetas que se agregam e liberam o *fator de crescimento derivado das plaquetas*. Este fator promove a multiplicação de células musculares lisas da camada íntima. As células musculares aumentam a produção de fibras colágenas e elásticas e dos diferentes componentes da substância fundamental da parede dos vasos, entre esses, em especial, está o sulfato de dermatam, que exhibe grande afinidade pelas lipoproteínas de baixa densidade. Quando ocorre hiperlipidemia, o catabolismo das lipoproteínas no interior das células musculares lisas não se faz satisfatoriamente, resultando em acúmulo de éster de colesterol e de outros lipídios de lenta penetração.

À área lesada ocorrem também os macrófagos que

interiorizam os lipídios e os acumulam, transformando-se em células espumosas (*foam cells*). Estas se depositam na parede arterial, contribuindo no desenvolvimento do processo ateromatoso, e é mais uma forma de deposição de lipídios.

O mecanismo da coagulação, ativado pela lesão endotelial, propicia a liberação de fragmentos de fibrinogênio e de metabólitos da hemoglobina capazes de dar prosseguimento à lesão endotelial.

O processo de agressão endotelial poderá caminhar para a cicatrização com formação de fibrose ou, quando na presença de fatores de risco, dar origem à placa ateromatosa seguida de trombose.

#### Fatores de Risco:

Os estudos epidemiológicos têm atestado que algumas características particulares estão correlacionadas com grande frequência à aterosclerose. De mecanismos ainda pouco conhecidos, essas características, chamadas *fatores de risco*, são: a hiperlipidemia, a hipertensão arterial, a obesidade, o tabagismo e o diabetes mellitus.

Entre esses, dois estão particularmente associados à claudicação intermitente dos membros inferiores - o diabetes e o hábito de fumar. Os diabéticos, sejam insulino-dependentes ou não, apresentam aterosclerose obliterante periférica de forma mais progressiva, sendo a gangrena de membros inferiores uma das principais complicações da doença nesses indivíduos. (ROSS, 1968). A incidência do comprometimento das artérias abaixo do joelho pela

aterosclerose em diabéticos é consideravelmente mais alta que em não diabéticos. ( KONTOS, 1988 ).

O tabagismo parece ser o mais importante fator de risco para a manifestação periférica. Este risco é cerca de nove vezes maior em homens acima de 45 anos e que fumam mais de 15 cigarros ao dia, que aquele observado entre os não fumantes. Entre os portadores de doença arterial obstrutiva, 90% são fumantes. (LASTÓRIA, 1987 )

#### **Patologia:**

Do ponto de vista de anatomia patológica, PEUCH-LEÃO (1974), afirma que a lesão básica é a placa de ateroma que se forma sob a íntima. O seu crescimento em direção ao lúmen do vaso ocasiona a chamada estase turbilhonante - um fator mecânico - que propicia a formação do trombo que, por fim, provoca a obstrução.

Nas fases adiantadas, as obstruções e estenoses ocupam os grandes troncos acarretando a insuficiente irrigação dos tecidos, provocando isquemia muito acentuada com consequente necrose.

Histologicamente, as placas contêm em proporções variáveis: proliferação de células musculares lisas, acúmulo de tecido conectivo, fibras e matriz, e deposição de lipídios.

#### **Sintomatologia:**

O processo é crônico e evolui silenciosamente durante anos.

Inicialmente os sintomas são discretos e inespecíficos, sensação de formigamento e de dormência. Por tais características não são perturbadores, podendo passar despercebidos. Progressivamente, vão aparecendo alterações de coloração e da temperatura da pele das extremidades. Com redução de até mesmo metade de sua luz, o vaso é ainda capaz de assegurar irrigação sanguínea suficiente para manter o bom trofismo dos tecidos em repouso. Mas durante o esforço, quando é maior a solicitação de fluxo para aquela região, surge a claudicação intermitente como resultado de acúmulo dos catabólitos musculares que a precária irrigação não consegue remover. O processo obstrutivo vai progredindo até que o fluxo sanguíneo mostra-se insuficiente para manter a higidez do membro em suas porções mais distais e surge a dor de repouso. A gangrena sucede à dor de repouso e é a fase terminal do processo obstrutivo.

O agravamento do quadro pode ser desencadeado mais rapidamente por um pequeno traumatismo local, quando maior atividade metabólica tecidual é requerida para o processo de cicatrização do ferimento.

Quando a aterosclerose obliterante periférica se associa ao diabetes, a localização preferencial das lesões obstrutivas passa a ser as pequenas artérias, modificando o aparecimento e a evolução da sintomatologia. São atingidas mais precocemente as artérias do pé e da perna, e a claudicação intermitente por dor na panturrilha é pouco comum. Quando ela aparece, o doente queixa-se de dor no pé. Desta forma, a patologia permanece assintomática até que algum traumatismo ou infecção desencadeie o quadro isquêmico. Instalam-se as ulcerações e placas de necrose que podem levar rapidamente à gangrena. A neuropatia diabética, responsável pela

diminuição da sensibilidade dolorosa, explica a ausência ou a pequena intensidade da dor de repouso durante a evolução da gangrena.

#### Tratamento clínico:

Sua indicação está vinculada às diversas etapas da doença, podendo ser usado isoladamente ou em associação ao ato cirúrgico numa série de medidas prévias e/ou complementares.

LASTÓRIA & MAFFEI ( 1987 ) dividem as medidas terapêuticas em 3 grupos:

\_ Medidas gerais - têm por finalidade o controle dos fatores de risco, retardando a evolução da doença, e o tratamento de doenças associadas. Estas medidas incluem o controle da hiperlipidemia, do tabagismo, do diabetes e da hipertensão arterial, como os mais importantes.

\_ Tratamento das diversas fases da doença - compreende as recomendações terapêuticas para a claudicação intermitente, para a dor de repouso, e em relação à ulceração e à gangrena.

Na fase de claudicação intermitente os especialistas valorizam o exercício programado e alertam para os precários resultados obtidos com o uso de vasodilatadores, anticoagulantes e drogas inibidoras da função plaquetária.

Para a dor de repouso está indicada a manutenção da temperatura ambiente entre 25-26°C e o isolamento térmico do membro, protegendo-o do esfriamento. A escolha da posição de proclive ou a posição horizontal no leito ainda é alvo de controvérsias. O uso de analgésicos, associados ou não aos

tranquilizantes, e de bloqueios anestésicos também estão indicados. Os autores criticam o uso de vasodilatadores e a simpatectomia química através do álcool, em vista dos resultados pouco promissores.

Na fase de ulceração e gangrena, e se já estão infectadas secundariamente, têm lugar os antibióticos de uso sistêmico e local, e os desbridamentos cirúrgicos cuidadosos. Mais importante, no entanto, parece ser a profilaxia das úlceras e gangrenas e a orientação ao paciente deve ser no sentido de evitar traumatismos e infecções nas extremidades.

\_ Tratamento fibrinolítico - uso de substâncias fibrinolíticas, por via sistêmica ou por catéter intra-arterial, tem trazido resultados pouco animadores e complicações hemorrágicas graves, desestimulando o seu uso. Novas perspectivas se abrem com o emprego de substâncias trombolíticas que apresentem menor ação sistêmica, conseqüentemente menos efeitos secundários.

#### **Tratamento cirúrgico:**

Todo tratamento cirúrgico da aterosclerose obliterante periférica, associada ou não ao diabetes, é apenas sintomático e visa restabelecer o fluxo sanguíneo nos territórios atingidos pela isquemia. Após um tempo variável, a sintomatologia isquêmica reaparece como consequência da diminuição da irrigação, provocada pelo desenvolvimento da patologia de base.

Os mais diversos procedimentos são empregados tendo em vista os graus de oclusão e isquemia tecidual, o território atingido e as condições clínicas do paciente. Assim, são usados

isolados ou combinados: a neurotripsia, a simpatectomia lombar, os enxertos, e as próteses vasculares, e por fim, a amputação do membro.

\_ A simpatectomia lombar ocupou lugar de destaque no tratamento das obstruções arteriais crônicas até o fim da 2<sup>a</sup> Guerra Mundial. A partir de então, o desenvolvimento das técnicas de reconstrução arterial tem proporcionado resultados mais alentadores, de modo que os autores se dividem em relação à sua indicação, mesmo como tratamento coadjuvante.

Hoje ela é mais aconselhada para os pacientes portadores de gangrena e de dor de repouso, quando não há possibilidade de abordagem direta, buscando a melhora do quadro isquêmico. Seus fundamentos fisiológicos são a imediata paralisia vasomotora, com diminuição da resistência vascular e o estímulo à formação de circulação colateral, proporcionando um maior afluxo sanguíneo (WOLOSKER, 1974).

\_ Neurotripsia cirúrgica ou secção do nervo, consiste no esmagamento ou na secção dos troncos nervosos no terço distal da perna, onde as fibras são predominantemente sensitivas, e tem como indicação a tentativa de eliminar a dor intensa e rebelde em um membro ainda viável.

\_ Enxertos vasculares - a partir da década de 70 e veia safena autóloga *in situ* ou invertida vem sendo utilizada como substituto arterial nos casos de obstrução. É tida como a melhor opção para as artérias de pequeno e médio calibres, sendo largamente usada para o segmento fêmoro-poplíteo.

\_ Próteses vasculares - estão indicadas para a substituição de artérias de grande calibre - segmento aorto-ilíaco - e para as pontes axilo-femoral, fêmoro-femoral e

axilo-bi-femoral. São confeccionadas a partir de fio sintético multifilamentoso de poliéster - dacron ou teflon.

\_ Amputação do membro - muitas vezes apesar de todas as medidas visando a preservação do membro os resultados são insatisfatórios. O quadro isquêmico progride com ulceração, necrose e infecção, a dor de repouso não cede, o estado clínico vai se agravando e a amputação do membro se impõe, como medida salvadora da vida do paciente.

#### 1.3.2.2- TROMBOANGEÍTE OBLITERANTE

Os autores têm divergido quanto à forma de definir a tromboangeíte obliterante. Assim, WOŁOSKER (1974) refere-se à expressão *anátomo-patológica de uma síndrome caracterizada por insuficiência arterial crônica dos membros inferiores...* LANGER (1987) nos fala que *pacientes com certas características comuns são relacionados sob a expressão Tromboangeíte Obliterante, nome criado por Buerger em 1908.* KONTOS (1988), no entanto, afirma tratar-se de *uma doença arterial obstrutiva causada por lesões segmentares dos tipos inflamatório e proliferativo das médias e pequenas artérias e veias dos membros.*

Apesar destes conceitos diversos, eles concordam em pontos fundamentais:

A tromboangíte obliterante tem seu processo etiopatogênico ainda pouco conhecido e as hipóteses da presença de componentes auto-imunes têm ganho destaque. Em um estudo realizado com 39 pacientes portadores da doença, verificou-se que 77% deles exibiam linfócitos com sensibilidade ao colágeno humano tipos I e III que são constituintes da parede vascular, e 50% apresentavam

altos níveis de anticorpos anti-colágeno no sangue (STRANDNESS, 1988; KONTOS, 1988).

O tabagismo parece estar intimamente relacionado com a tromboangeíte obliterante. Quase todos os pacientes são grandes fumantes e muitos podem apresentar hipersensibilidade cutânea à injeção intradérmica de derivados do tabaco. Outro fator que apóia esses achados é a diminuição da progressão da doença naqueles que se abstiveram do cigarro (KONTOS, 1988)

É doença do adulto jovem, e mais prevalente em homens. Compromete as pequenas e médias artérias, e veias dos membros, predominando nos membros inferiores.

#### **Quadro clínico**

A doença se manifesta com sinais de isquemia das extremidades e tromboflebites superficiais, anteriores ou concomitantes. A claudicação intermitente típica é frequente no arco do pé. A queixa mais constante é a dor de repouso em um ou mais dedos com alteração de cor e da temperatura da pele, o que prenuncia ulceração ou gangrena. Sinais flogísticos em veias superficiais podem persistir por semanas.

#### **Medidas terapêuticas**

O abandono do hábito de fumar é imperativo, pois já se observa que nessa condição as lesões param de se desenvolver ou o fazem muito lentamente. As medidas conservadoras ainda incluem

proteção contra o frio e outros cuidados locais.

A simpatectomia pode promover alívio, pelo menos temporariamente, se o componente vasoespástico for importante.

A neurotripsia pode estar indicada para os casos de dor de repouso na ausência de lesões tróficas.

A restauração arterial tem sido tentada sem auferir bons resultados.

A amputação do membro isquêmico tem indicação muito frequente como medida terapêutica final.

O prognóstico melhora sensivelmente com o abandono do tabagismo. Diferentemente da aterosclerose, a tromboangeíte obliterante manifesta-se excepcionalmente nas artérias viscerais, exibindo, por isso, uma taxa de mortalidade bem menor. Mas, a incapacitação e a amputação de extremidades atingem alta percentagem dos casos (STRANDNESS, 1988).

#### I.4- AMPUTAÇÃO EM MEMBRO ISQUÊMICO

Para diversos autores (KHOURI, 1974; RAMACCIOTTI, 1987; HAIMOVICI, 1986), a amputação não é o mesmo que cortar um membro. Haimovici adverte que *ela deve ser considerada uma cirurgia plástica e reconstrutiva, na qual é necessário ter um grande respeito pelos tecidos e dar assistência cuidadosa à ferida com vistas a uma reabilitação precoce.*

A escolha de nível da amputação é uma decisão difícil e a avaliação do estado de nutrição dos tecidos deve ser feita cautelosamente. Um bom nível favorece a cicatrização mais segura e precoce, fornecendo um bom coto para receber a prótese adequada.

Nesta avaliação são considerados fatores locais, como: a extensão da gangrena ou da ulceração, a gravidade da infecção, o estado das zonas adjacentes, o grau de comprometimento da árvore arterial e a intensidade da dor.

Fatores de ordem geral são mais importantes para eleger uma técnica mais conveniente. São eles: a idade, o estado das funções cardíaca e renal, a gravidade do diabetes, o equilíbrio hidroeletrólítico, a presença de hipertensão arterial e os antecedentes de acidente vascular cerebral.

Segundo HAIMOVICI (1986) são seis os níveis, mais utilizados na prática, para amputação por gangrena isquêmica em membros inferiores:

- \_ Dedos;
- \_ Transmetatarsiano;
- \_ Tipo Syme;
- \_ Supramaleolar;
- \_ Terço médio da perna (abaixo da patela);
- \_ coxa (acima da patela).

JANES (1962) afirma que a amputação ocorre em três principais categorias de doença vascular oclusiva: a aterosclerose obliterante; a aterosclerose obliterante com diabetes; a tromboangeíte obliterante. Outras condições menos comuns são: oclusão embólica, aneurisma periférico, traumatismo vascular e obstrução venosa.

JAMIESON & COLS. (1976) apontam quatro objetivos para a realização da amputação: remoção de tecido gangrenado, alívio da dor isquêmica, obtenção de cicatrização primária de uma amputação anterior e, por fim, reabilitar o paciente para a deambulação.

## I.5- MORTALIDADE NAS AMPUTAÇÕES MOTIVADAS POR DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA CRÔNICA

A taxa de mortalidade por doença vascular crônica não tratada é em torno de 6 a 8% ao ano, na população geral, comparável àquela encontrada entre as pessoas que se submeteram a uma restauração arterial exitosa (JAMIESON, 1976).

Investigando o período transoperatório nas amputações, PLECHA (1985), relata taxas de mortalidade que variam de 9,8% em pessoas abaixo de 75 anos (grupo A) a 14% em pessoas acima de 75 anos (grupo B). Comparando as amputações com outros procedimentos cirúrgicos, verificou, ainda o autor, que elas exibem taxas de mortalidade mais elevadas que as observadas nas endarterectomias da carótida (1,5% para o grupo A e 2,3% para o grupo B) e nas reconstruções fêmoro-poplíteas (respectivamente 2,2% e 6,7%). Mas se mostraram inferiores àquelas encontradas nas trombembolotomias de membros inferiores, cujos índices chegam a 14,3% para o grupo A e 28,4% para o grupo B.

A mortalidade entre os amputados também é alta tanto no pós-operatório precoce como no tardio. BOONTJE (1980) estima que cerca de 19% dos pacientes falecem no período de 30 dias após a amputação. A maioria dos casos ocorre por complicações trombembólicas arteriais e venosas, septicemia, gangrena gasosa e hemorragia. Transcorridos 5 anos, essa taxa se eleva para 50% , segundo WARREN (1968). As causas-mortis mais comuns são os acidentes vasculares cerebrais e o infarto do miocárdio, ambos em decorrência direta do processo aterosclerótico.

JAMIESON & COLS. (1976) encontraram números mais desfavoráveis e afirmam que, na Austrália, a expectativa média de

vida é menor que 3 anos após a perda de um membro por isquemia. Ainda segundo estes autores, no caso dos pacientes também diabéticos o problema é mais grave, pois além dos ateromas proximais eles apresentam arterites específicas distais. A combinação de doença vascular, neuropatia diabética e baixa resistência às infecções, favorece a índices de mortalidade mais elevados. A sobrevida entre diabéticos idosos é da ordem de 23% no quinto ano após a amputação (CAPLAN & COL., 1963).

## CAPÍTULO SEGUNDO

II- CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS AMPUTAÇÕES: O PONTO DE VISTA PSICOSSOCIAL.....	35
II.1- PESQUISAS EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS.....	35
II.2- PRÉ-OPERATÓRIO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS.....	39
II.3- ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL À AMPUTAÇÃO.....	45
II.3.1- AMPUTAÇÃO POR TRAUMATISMO.....	48
II.3.2- AMPUTAÇÃO POR CÂNCER.....	50
II.3.3- AMPUTAÇÃO POR DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA CRÔNICA	53
II.4- OUTROS PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS.....	56
II.4.1- OS DISTÚRBIOS DA IMAGEM CORPORAL.....	57
II.4.2- O COMPORTAMENTO SEXUAL.....	65
II.4.3- A READAPTAÇÃO PROFISSIONAL.....	66
II.4.4- A READAPTAÇÃO FAMILIAR.....	67
II.4.5- A DEPRESSÃO ENTRE AMPUTADOS.....	69

## II.1- PESQUISAS EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

As amputações são procedimentos cirúrgicos dos mais antigos e têm sido realizadas por séculos. Mas, a ocorrência de duas Guerras Mundiais, como também o processo de industrialização e mecanização progressivas observado nos meios de produção e transporte, resultaram em perda de membros por amputação, em maior proporção que aquela verificada até o início deste século.

Diante destes fatos, as pesquisas dirigiram-se para o tratamento das agressões físicas e para as fases de reabilitação. Aos poucos, os benefícios alcançados, inicialmente dispensados aos militares, foram estendidos a toda população.

Os programas de reabilitação primeiramente concebidos objetivavam, basicamente, prover a pessoa de uma prótese útil (KELHAM, 1950). Na atualidade, todos concordam que a reabilitação física é apenas um componente do processo de reintegração, e cada vez se torna mais presente a preocupação com os aspectos psicológicos e sociais que acompanham a amputação de um membro.

Os aparelhos protéticos produzidos hoje em dia são capazes de realizar muitas funções de modo eficiente, aproximando-se do membro original. Mas, a alteração da estrutura corporal gera condições que ameaçam a gratificação de uma série de necessidades humanas como o amor, a aceitação e o *status*.

Um programa de atendimento integral seria aquele composto de cinco fases: o acompanhamento psicológico, um nível cirúrgico bem indicado, os cuidados com o coto de amputação, a seleção e adaptação a prótese e, por fim, o treinamento. Quando o acompanhamento psicológico não pode ser iniciado antes da cirurgia, como nos casos de emergência, deve ser instituído tão logo as condições pós-operatórias o permitam (KESSLER, 1951).

A adaptação psicossocial à amputação depende de grande número de fatores. Aqueles inerentes à pessoa, incluem: a idade e o sexo, os mecanismos de adaptação utilizados durante a vida diante de situações de stress, e a valorização simbólica da parte do corpo perdida. Os outros fatores mais gerais, são: o nível de amputação realizado, ou ainda o sítio de amputação, isto é, se se trata de membros superiores ou inferiores, as expectativas de reabilitação, e os recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

As respostas adaptativas se modificam ao longo do tempo de evolução, sendo vistas diferenças entre as observadas nos períodos imediato e mediato à cirurgia e aquelas a mais longo prazo.

Partindo desses referenciais, uma outra variável considerada é a indicação para a amputação, isto é, se ela se deve à doença - câncer, patologia arterial crônica - ou traumatismo irreparável.

No levantamento da bibliografia disponível referente ao tema, verifica-se que a maioria dos estudos dirige-se às respostas precoces e tardias. Os trabalhos são de ordem comparativa e empregam variados instrumentos de pesquisa.

Os instrumentos mais comumente encontrados são as escalas de avaliação da presença e intensidade de sintomas (FRANK &

COLS., 1984), os questionários sobre itens de adaptação psicossocial, respondidos através de correspondência ou em entrevistas individuais (NOBLE & COLS., 1954; LITTLE & COLS., 1974; FROGATT & COL., 1981; AKESODE & COL., 1981; BOYLE & COLS., 1982; TEBBI & COLS., 1985), as entrevistas semi-estruturadas (SUKLA & COLS., 1982; KASHANI & COLS., 1983), as entrevistas livres (CAPLAN & COL., 1963; REINSTEIN & COLS., 1978), os inventários de personalidade (PARKES, 1973), as tabelas de atividades da vida diária (NOBLE & COLS., 1954), o levantamento da história social (RANDAL & COLS., 1945; CHILVERS & COL., 1971), uso adicional de teste psicológicos: o desenho da figura humana (NOBLE e COLS., 1954) e o teste de Rorschach (RANDAL & COLS., 1954).

Entre as manifestações mais precoces, isto é, aquelas consideradas enquanto a pessoa ainda está hospitalizada e até aproximadamente um ano após a cirurgia, as pesquisas avaliam combinadamente a ocorrência de: membro fantasma, dor em membro fantasma, insônia, ideação paranóide, ansiedade, hostilidade, uso abusivo de álcool, perda do apetite, ideação suicida, tristeza, medo e desconfiança quanto ao futuro, ou ainda estudam o aparecimento e frequência de quadros nosológicos graves como os distúrbios afetivos psicóticos e a esquizofrenia.

A apresentação combinada destes vários aspectos nos trabalhos estudados, tornaria cansativo e repetitivo identificá-los em separado. Estão contidos nas citações que se seguem: DEUTSCH, 1942; RANDAL & COLS., 1945; EWALT & COLS., 1947; NOBLE & COLS., 1954; KELHAM, 1958; CAPLAN & COL., 1963; SUKLA & COLS., 1982; KASHANI & COLS., 1983; FRANK & COLS., 1984.

As pesquisas realizadas nas fases mais tardias,

consideradas após o primeiro ano, observam basicamente a readaptação profissional, adaptação ao uso de prótese e o grau de independência para as atividades motoras, as dificuldades no ajustamento social e sexual, a reintegração à vida familiar, a persistência da dor em membro fantasma e a abordagem médico-psicológica dos programas de reabilitação.

As pesquisas nestas áreas estão principalmente referenciadas aos autores que se seguem: KOLB, 1952; CHILVERS & COL., 1971; PARKES, 1973; LITTLE & COLS., 1974; PASNAU & COL., 1976; JAMIESON & COL., 1976; FREEMAN III & COL., 1976; SOLOMON & COL., 1978; REINSTEIN & COLS., 1978; MAC BRIDE & COLS., 1980; FROGATT & COLS., 1981; AKESODE & COLS., 1981; STEPHEN, 1982; BOYLE & COLS., 1982; THOMPSON & COL., 1984, 1985; TEBBI & COLS., 1985; WEINSTEIN, 1985; LUNDBERG & COL., 1986.

A metodologia e os resultados dos trabalhos citados serão discutidos a seguir.

Reiteiramente, tem-se afirmado que as manifestações psicossociais observadas em decorrência da amputação de membros estão intrinsecamente relacionadas às condições encontradas no período que a antecede. Apesar desta constatação muito poucos são os estudos destinados a investigar estas mesmas condições. A imensa maioria dos trabalhos tem se dedicado a pesquisar, minuciosamente, os efeitos da amputação nos mais diversos aspectos da vida da pessoa e é em relação a estes que a situação pré-operatória é comentada, sem receber, no entanto, o destaque compatível com a sua real importância.

A exposição do tema será feita tomando-se por base a indicação da amputação e, a partir daí, verificados os períodos precoce e tardio. Julguei que desta forma estariam realçados os

aspectos relativos à amputação por doença arterial crônica.

Tendo em vista todas as considerações acima e o objetivo principal da pesquisa em andamento, a revisão será iniciada abordando-se a situação pré-operatória.

## II.2- PRÉ-OPERATÓRIO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

O período pré-operatório - o espaço de tempo compreendido entre a indicação da cirurgia, a aceitação por parte do paciente e o início da operação - comporta uma série de medidas visando avaliar as condições psico-físicas do paciente, os riscos inerentes ao ato cirúrgico, assim como os benefícios e prejuízos que possa trazer. O que se verifica é que ao lado dos rigorosos exames, controle de infecções e de outras condições associadas, não há o mesmo cuidado pelos aspectos emocionais, mantendo-se pouco conhecidos os fenômenos psicológicos envolvidos neste período.

Na atualidade, tende a desaparecer a noção de que a formação de um bom cirurgião dirige-se apenas à aquisição de boas técnicas e vem se acentuando a necessidade da compreensão da problemática emocional do paciente. A realidade da prática médica, no entanto, parece refletir uma tendência, ainda presente em alguns cirurgiões, a considerar que diante de abundantes parâmetros físicos a serem controlados, os fatores psíquicos desempenham pequena ou nenhuma influência nos resultados pós-operatórios e, portanto, pode-se considerá-los, apesar de todas as evidências em contrário (ELMAN, 1950).

Particularmente, no que se refere à cirurgia para

amputação de membros, um fator que parece agravar as dificuldades referidas, é o aspecto traumático com que ela se apresenta para o cirurgião. KHOURI (1974), descreve a operação como *repulsiva* e BOCCOLINI (1987) afirma ser a amputação *sempre repugnante quer ao médico, quer ao paciente.*

COSTA (1985), alerta que, identificado com o paciente, o cirurgião pode experimentar os mesmos sentimentos de iminência de desintegração da identidade que a perda de uma parte do corpo acarreta. A dificuldade em lidar com esta situação pode levar o cirurgião a se refugiar através de mecanismos de negação onipotente, sendo levado a dissociar os aspectos somáticos e emocionais, rechaçando esses últimos.

Como decorrência da afirmação anterior, KÜBLER-ROSS (1985) acredita que o médico que tenha necessidade de negar os aspectos dolorosos encontrará a mesma negação em seus pacientes, enquanto aquele que é capaz de falar sobre eles encontrará seus pacientes mais aptos a reconhecê-los e enfrentá-los.

Para RAMACCIOTTI & COL., (1987) o ponto de equilíbrio na atitude do cirurgião diante da amputação, situa-se entre a  *vaidade* dos primórdios da cirurgia quando ela significava salvar vidas e o  *fracasso* quando anos depois significava não conseguir impedir o avanço da gangrena. Atualmente, advertem os autores, a  *amputação deve ser evitada ou prevenida, mas quando se torna necessária deve ser considerada como procedimento capaz de devolver ao paciente as condições adequadas de saúde física e psíquica.*

Dentro desta proposição, a amputação poderia representar um trabalho de reparação interna e externa mais verdadeiro e, por isso, mais gratificante. A identificação com o paciente, nestes

casos, revelará cirurgiões melhor dotados para tolerar as perdas, a depressão e as frustrações impostas pela realidade. Através da tolerância conseguirão acompanhar o sofrimento do paciente, ajudando-o a enfrentar uma nova e difícil situação (COSTA, 1985).

Pequena ou grande cirurgia, esta diferença só existe para os que cuidam do paciente. Para ele sua operação é sempre importante e para muitos representa ameaça à vida, mesmo quando sabem que está indicada para assegurar-lhes a sobrevivência, e um risco de invalidez pelas possibilidades de mutilação, deformidade e alteração de funções conhecidas.

Diante de tais condições o paciente experimenta ansiedade e medo, e mobiliza defesas psicológicas para lidar com esses sentimentos. Efetivas ou não, as defesas têm finalidade de protegê-lo, tentando amenizar ou eliminar o perigo.

Quando uma pessoa é hospitalizada suas perspectivas a respeito do novo ambiente podem estar condicionadas por suas experiências anteriores ou por conhecimento obtido das experiências de parentes e amigos. O afastamento do lar, da família, associado ao tratamento impessoal que recebe no hospital, facilitam o retorno a padrões regressivos de comportamento. Isto é ainda mais verdadeiro quando se sabe que as principais indicações para o internamento abrangem situações reconhecidamente ameaçadoras à vida que incluem a necessidade de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos com técnicas sofisticadas ou cruentas; a gravidade da doença, diante da qual os cuidados ambulatoriais secundados pelo amparo dos familiares são insuficientes; e, por fim, as doenças infecto-contagiosas. (PERESTRELO, 1974; FIGLIOULO & COLS., 1976; MELLO F<sup>o</sup>, 1979)

Habitualmente, o comportamento regressivo favorece ao

paciente aceitar conselhos e orientações, submeter-se à rotina hospitalar e colaborar com o tratamento. Mas, a intensidade maior da regressão pode determinar medo irracional, exigências excessivas e rejeição ao planejamento terapêutico, principalmente quando a sua colaboração é de decisiva importância.

Para ABRAM & COLS. (1961) os três fatores pré-operatórios que poderiam estar relacionados com o curso pós-operatório, são: as expectativas quanto à cirurgia, o nível de ansiedade e o uso da negação. Em seu estudo de avaliação pré e pós-operatória, concluem os autores que os pacientes com expectativas realistas acerca da cirurgia ou que exibem ansiedade em níveis moderados apresentam melhores resultados. Contrariamente, as expectativas irrealistas, o maior nível de ansiedade e o uso maciço da negação contribuem para um curso pós-operatório tumultuado podendo incluir distúrbios do comportamento, agravamento da ansiedade e outras complicações a exemplo de infecções na ferida cirúrgica e no trato respiratório, como foram vistos em seus pacientes. Os autores ainda discutem que o uso importante da negação comporta-se como defesa patológica contra as *experiências de ansiedade desorganizadora ou outro afeto doloroso* que estão na base de expectativas irrealisticamente temidas em relação à cirurgia.

Por outro lado, CAPLAN & COL. (1963) alertam que expectativas também irrealistas, mas agora quanto a mágicos benefícios que a cirurgia possa trazer, são fatores perturbadores quando, durante o pós-operatório, se verifica que elas não se realizam.

A propósito do papel da ansiedade no período pré-operatório, DEUTSCH (1942) afirma que não é simplesmente sua presença ou ausência o que favorece o prognóstico, mas o trabalho

de elaboração interna da ansiedade-sinal que aparece na pessoa enquanto aguarda a realização da cirurgia; o seu objetivo é a construção de defesas.

A compreensão de todos esses aspectos tem levado diversos pesquisadores a reconhecerem a necessidade das entrevistas pré-operatórias. Elas têm a finalidade de informar ao paciente o que se pode esperar da cirurgia programada em termos de benefícios e possíveis prejuízos, esclarecer as dúvidas relacionadas aos temores reais do procedimento cirúrgico e assegurar os cuidados necessários para prevenir os riscos ou remediar as complicações. Os resultados alcançados pelas entrevistas pré-operatórias e as técnicas disponíveis vêm sendo discutidos por autores contemporâneos, entre eles WILLIAMS & COLS. (1975); LANGER & COLS. (1975).

DEUTSCH (1942) caracteriza muito bem as ansiedades vinculadas à experiência cirúrgica. Para a autora, o doente teme perder a vida e teme a agressão, que pode incluir a perda de partes do seu corpo. A perda da vida vincula-se aos processos anestésicos. Estes, simbolicamente, representam *afastar-se da vida e aproximar-se da morte*, tamanho o grau de dependência e de impotência que eles proporcionam, em especial aqueles que conduzem à anestesia geral. É a expressão da primitiva ansiedade de separação, o temor de ser abandonado pela mãe ou por quem, eventualmente, a substitua. A segunda forma de ansiedade, ligada às agressões, tem a ver com o medo infantil de ser punido, que em tenra infância está centrado na perda do órgão sexual. A mais poderosa forma deste medo de punição - conhecida como ansiedade de castração - permanece como resíduo histórico em relação a todas as partes constituintes do corpo.

Corroborando estas afirmações, os autores são unânimes em que a cirurgia para amputação de membros pode ser vivenciada pelo paciente como sacrifício heróico, punição repugnante mas merecida, aceitação de uma condição de abandono e vulnerabilidade, uma desprezível mutilação a ser escondida ou exibida como desafio à sociedade e a valores culturais (KOLB, 1975; AKESODE & COLS., 1981; SUKLA & COLS., 1982; GOLDBERG, 1984; LUNDBERG, 1986). Ao lado de todas as ameaças ligadas ao ato operatório e à valorização simbólica do membro amputado, a importância que a parte do corpo perdida desempenha no contexto sócio-econômico do indivíduo representa uma ameaça adicional.

Como veremos em seguida, a amputação de um membro coloca a pessoa diante de problemas de tal magnitude, que será considerado negligência permitir que ela os ignore (GOLDBERG, 1984). Todos os esforços devem convergir para explicar honesta e realísticamente, não só a necessidade da cirurgia e verificar a aceitação e compreensão da informação recebida, mas também assegurar os cuidados e suportes necessários para enfrentar as dificuldades que se seguirão. A abordagem médico-psicológica no pré-operatório deverá incluir, necessariamente, a informação da possibilidade de ocorrência de sensações atribuídas ao membro fantasma e a investigação acerca das fantasias que possam estar sendo elaboradas quanto ao destino que terá o membro amputado (KOLB, 1982; PARKES, 1973; ENGSTRAND, 1976; SOLOMON & COL., 1978).

FRANK & COLS.(1984) relatam que outros assuntos trazidos pelos pacientes durante as entrevistas, são: os temores de perder o outro membro, o desconforto que sentirão diante das outras pessoas e as limitações impostas pela amputação. Este último item parece ser particularmente mais importante para aquelas pessoas

que atribuem grande valor à independência conquistada na vida adulta (ROSEN, 1950).

É extremamente benéfico para o paciente encontrar um clima receptivo para os receios, dúvidas e desesperança que naturalmente afloram nesta ocasião. A escuta interessada e compreensiva deverá substituir os discursos excessivamente otimistas que reforçam atitudes heróicas e falsamente auto-confiantes (PARKES, 1973; SOLOMON & COL., 1978).

Estas medidas se revestem de caráter preventivo no que respeita à qualidade e ao nível das expectativas em relação à cirurgia e suas consequências, ao alívio da ansiedade e ao combate do uso excessivo da negação, gerando condições mais satisfatórias de recuperação no pós-operatório e melhor adaptação à amputação. Acreditando na importância de todo este planejamento preventivo, LITTLE & COLS. (1974) chegam a afirmar que a amputação não deva ser realizada até que o paciente esteja pronto para ela.

### II.3- ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL À AMPUTAÇÃO

A perda, por morte, de um ente querido é reconhecida como um dos mais importantes fatores desencadeantes de distúrbios psicológicos. Dentro da unidade mente - corpo, a agressão psíquica é também uma agressão física, e muitas vezes ouvimos das pessoas ao nosso redor que a perda de alguém amado é vivida como se fosse a perda de uma parte do corpo, como se lhes tirassem um *pedaço*, ou ainda que se perdeu a *cara-metade*. *Se o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal* (FREUD, 1923), e vem a se constituir através dos processos de identificação com pessoas afetivamente

importantes, desde a mais tenra infância, torna-se possível compreender esta comparação.

FREUD (1917) introduziu o conceito de luto como um processo psicológico normal, *a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém, e assim por diante.* A elaboração dos sentimentos dolorosos do luto é um trabalho longo, penoso e árduo, que se caracteriza pela retirada do interesse do mundo externo, mantendo-se apenas aquele que está ligado às recordações do morto, e pela incapacidade de escolher um novo objeto de amor. Aos poucos, através da confrontação com a realidade, o objeto perdido fica introjetado e a libido é dirigida novamente aos objetos externos. *Quando o trabalho de luto se conclui, o ego fica livre e desinibido.*

Em 1951, KESSLER utilizou o termo luto (*grief*) para caracterizar as reações psicológicas complexas que se seguem à perda de um membro. Segundo o autor, *a emoção que a maioria das pessoas experimenta quando lhes comunicam a necessidade de amputação de uma parte do corpo pode ser comparada com o luto pela morte de uma pessoa amada. Uma parte de si está irremediavelmente perdida. Não é mais uma pessoa completa.*

Estudando o processo de elaboração do luto, PARKES (1970), efetua uma revisão da classificação das fases proposta por BOWLBY, em 1961. A partir dos seus achados, adiciona o que chamou de primeira fase - *phase of numbness* - que pode-se chamar de impacto ou de choque, durante a qual o fato da perda é parcialmente desconsiderado, o indivíduo ignora os estímulos e parece estar absorvendo o impacto do que aconteceu.

Em seguida PARKES mantém as fases anteriormente

propostas. Assim, tem lugar a segunda fase, de busca e anseio (Yearning) que dá lugar às tentativas de recuperar o objeto perdido. São os sonhos, as lembranças, os devaneios, e o comportamento de procura, isto é, a busca constante e a disposição para perceber qualquer estímulo que possa sugerir a presença do objeto perdido e ignorar tudo o mais.

A terceira fase, de desespero, é onde o indivíduo renuncia à esperança de recuperar o objeto perdido, a realidade da perda é aceita, mas ainda carece de um novo e atraente mundo. THOMAS (1987), para quem esta é ainda a segunda fase, afirma que o *enlutado se concentra dolorosamente na morte e se fecha em si mesmo, até porque o mundo lhe parece vazio*. É um momento depressivo, onde são encontrados insônia, anorexia, perda do interesse pelo mundo e incapacidade de amar. É ainda sede dos três processos fundamentais: a hostilidade em relação ao mundo exterior, a culpa que traduz a ambivalência das relações objetais, e a identificação com o objeto perdido, garantindo-lhe uma sobrevivência em seu interior.

A quarta fase, de readaptação, é caracterizada pela reorganização que o indivíduo faz em seu mundo interno e pela estruturação de novas relações com o mundo externo.

PARKES (1971) propõe o termo *Psycho-Social Transitions* para designar as profundas mudanças de âmbito psicossocial que sejam duradoras em seus efeitos, tenham lugar em espaço de tempo relativamente breve e atinjam grandes áreas da interação eu-mundo. Estas mudanças obrigam à reorganização do comportamento referente à relação consigo mesmo, com familiares e outras pessoas, às posses materiais, ao local de trabalho, às expectativas e planos para o futuro e, até mesmo à interpretação do passado. Inúmeras

são as situações passíveis de motivar alterações tão importantes: doenças graves, acidentes, cirurgias mutiladoras, perda de pessoas amadas, entre outras.

As cirurgias para amputação de membros modificam significativamente a vida e exigem que um processo de adaptação à nova realidade seja estruturado. A adaptação certamente varia individualmente, mas o motivo pelo qual a cirurgia se indica terá ampla repercussão na medida em que mobiliza defesas e atitudes, em relação às quais se estruturam comportamentos que podem ser estudados em conjunto.

### II.3.1- AMPUTAÇÃO POR TRAUMATISMOS

Nas amputações motivadas por traumatismos irreversíveis, de qualquer natureza, a cirurgia se realiza em caráter de emergência, muito antes que a pessoa possa compreender o que realmente aconteceu. Ela desperta da anestesia confrontada com a súbita perda de uma extremidade íntegra e funcionante.

RANDALL & COLS (1945) estudaram 100 militares feridos em combates durante a 2ª Guerra Mundial. Utilizaram o teste de Rorschach, o levantamento completo da história social e o acompanhamento psiquiátrico. Afirmam os autores que as circunstâncias específicas em que o trauma se deu são as primeiras preocupações da pessoa amputada. Aquele que sobreviveu a uma situação onde muitos faleceram, refere sentir muita sorte em estar vivo, e não se preocupa imediatamente com o futuro. A pessoa que sofreu o acidente sozinho ou foi o único em seu grupo a apresentar tamanha perda, se mostra levemente deprimido e ressentido com sua falta de sorte, mas ainda bem disposto apesar de suas dúvidas

quanto ao futuro. Mais deprimidos e exibindo distúrbios do comportamento estão aqueles que sofreram o acidente em condições caracterizadas como de descuido ou em estado de embriaguez. LUNDBERG & COL. (1986) afirmam que os primeiros momentos pós-amputação podem se traduzir por questionamentos do tipo: *foi algo feito perigosamente errado ou totalmente heróico?*

O que se segue é a presença marcante de irritabilidade, dificuldade para adormecer ou mais frequentemente o sono interrompido por pesadelos representando o acidente, anorexia, distúrbios funcionais cardíacos e respiratórios (DEUTSCH, 1942; FRANK & COLS., 1973). Sentindo-se grato por estar vivo o paciente nega as consequências da perda e muitas vezes apresenta um comportamento exibicionista com posturas de indignação e desafio (LUNDBERG & COL., 1986). A negação é, portanto, o mecanismo mais utilizado por esses pacientes no primeiro contato com a amputação (NOBLE & COLS., 1954).

Para RANDALL & COLS. (1945), após o choque inicial, tem lugar uma segunda fase onde a atenção da pessoa se volta para a continuação do tratamento, isto é, revisão do coto, reparo das bordas cirúrgicas e controle das possíveis infecções. Estas condições propiciam um contato mais próximo com a perda sofrida, e então a depressão se instala. Os pacientes experimentam sentimentos de vergonha, autopiedade e desespero. São vistos crises de choro, isolamento social e de receio quanto à reações dos familiares. Preocupações pessimistas estão dirigidas para as atividades da vida diária, como a capacidade de realização profissional e a garantia de manutenção do emprego.

Tem-se observado que nos amputados traumáticos a reação depressiva é habitualmente muito intensa (NOBLE & COLS., 1954;

FRANK, & COLS., 1984) e sua resolução em maior ou menor espaço de tempo vai depender de características individuais e das condições de reabilitação oferecidas.

### II.3.2- AMPUTAÇÃO POR CÂNCER

Nos pacientes com neoplasias malignas em ossos ou partes moles de extremidades, a amputação, como uma das etapas de tratamento, tem garantido maiores taxas de sobrevivência.

Advogando melhores resultados funcionais, estéticos e emocionais, muitos cirurgiões têm escolhido outras técnicas de abordagem cirúrgica visando preservar o membro.

Para avaliar essas questões, WEDDINGTON & COLS. (1975) examinaram dois grupos de pacientes operados para tratamento de câncer. Os grupos eram formados respectivamente por 15 amputados e 20 pacientes com preservação do membro. Foram examinados os rendimentos cognitivos, as relações afetivas, o humor, a avaliação da auto-imagem, o funcionamento físico, o ajustamento psicológico global à cirurgia e, a prevalência de distúrbios psiquiátricos antes e após à cirurgia. Vários instrumentos foram utilizados nas formas de inventários, entrevistas estruturadas e semi-estruturas: The Cognitive Capacity Screening Examination (CCSE), The Hopkins Symptom Check List (HSCL), The Beck Depression Inventory (BDI), The Profile of Mood State scale (POMS), The Karnofsky Performance scale (KPS), The Global Adjustment to Illness scale (GAIS) e, por fim, The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime Version (SADS-L).

Em seus resultados, os autores verificaram que não houve diferenças significativas entre os dois grupos com relação à

capacidade cognitiva, humor, alterações da imagem corporal, capacidade de funcionamento motor, ajustamento à doença e à prevalência de distúrbios psiquiátricos antes e após à cirurgia. Os pacientes, em sua maioria, revelavam sintomas psiquiátricos em graus considerados de mediana gravidade e cerca de 55% deles apresentavam ajustamento a sua doença e à amputação classificado bom e excelente. A adaptação emocional dos pacientes com preservação do membro foi mais difícil que aquela encontrada entre os amputados. Estes últimos apresentavam mobilidade física em período mais breve e retornaram para casa mais rapidamente.

O impacto do diagnóstico - câncer - parece ter sido vivenciado de modo semelhante entre as pessoas de ambos grupos. No entanto, os pacientes amputados tendiam a usar a negação por um período de tempo menor, mais rapidamente aceitavam suas perdas, e pareciam adaptar-se mais facilmente ao tratamento subsequente. Os pacientes submetidos às medidas de manutenção de sua extremidade focalizaram aí seus esforços físicos e emocionais, com dificuldades em deslocá-los para a terapia complementar.

Em outra pesquisa comparativa realizada entre pessoas jovens com amputação traumática e por câncer, BOYLE & COLS. (1982) observaram que estes últimos exibiam melhor nível educacional, o que foi atribuído à reintegração exitosa à escola, melhor readaptação profissional, e ajustamento mais satisfatório ao casamento e à vida familiar, além de maior independência para as atividades motoras por melhor adaptação às próteses. Para a efetivação do estudo, os pesquisadores examinaram 27 adolescentes amputados por neoplasias malignas e 8 por trauma, com base num questionário elaborado a partir da revisão da literatura especializada e da discussão com pessoas amputadas e outras

acometidas de doenças consideradas incapacitantes. Os questionários eram administrados individual e pessoalmente, mas 11 pacientes os receberam e responderam através de correspondência, após contato telefônico.

GOLDBERG (1984) confirma que, salvo naquelas situações onde o nível escolhido para a amputação foi mais radical, os pacientes amputados por câncer são os que se mostram funcionalmente mais independentes, melhor adaptados à prótese e percebem-na como vantajosa. Por outro lado, comenta que é a incerteza quanto ao futuro, representada pela possibilidade de recorrência da patologia através das metástases e vigilância constante por meio de exames periódicos, o fator mais responsabilizado pelas manifestações de ansiedade, hostilidade e depressão encontradas nessas pessoas, prejudicando a adaptação à amputação. Apesar dessas constatações, mais da metade dos pacientes que foram examinados, decorridos 5 anos da amputação, estava total ou satisfatoriamente ajustados às atividades da vida diária.

TEBBI & COLS. (1985) acrescentam que, particularmente nos adolescentes, além do diagnóstico de câncer com suas consequências, são as profundas modificações da estrutura corporal, não só pela amputação mas também pela agressiva quimioterapia administrada, os fatores que mais interferem no processo de adaptação, trazendo mais dificuldades em lidar com as modificações corporais próprias da faixa etária.

### II.3.3- AMPUTAÇÃO POR DOENÇA ARTERIAL CRÔNICA

As patologias arteriais oclusivas crônicas e o diabetes mellitus são as causas mais comuns de amputação de membros inferiores em pessoas de meia idade e idosas. O impedimento ao aporte arterial leva à isquemia com suas complicações e a amputação da região afetada se torna imperiosa.

Ao deparar-se com a amputação, a pessoa já viveu uma longa história de dolorosos tratamentos, através de atendimentos ambulatoriais e internamentos hospitalares, acompanhados de esperanças renovadas e frustrações que se repetem diante da verificação do avanço das manifestações da patologia e do debilitamento crônico das condições clínicas. A ineficácia das medidas terapêuticas gera sentimentos de desesperança e desamparo e cria condições para a aceitação da possibilidade de perda do membro como solução radical.

Todos esses fatores contribuem para que uma depressão profunda ou uma negação intensa não sejam encontrados, habitualmente, nesses pacientes, logo após a amputação (FROGATT & COL., 1981; GOLDBERG, 1984; LUNDBERG & COL., 1986).

GOLDBERG (1986) afirma que *o paciente nessas condições se sentirá naturalmente deprimido, mas se adaptará mais facilmente à perda*. Creio que esta afirmação merece reparos.

Apesar de ser voz unânime que uma depressão intensa não é vista logo após a amputação em idosos, CAPLAN & COLS. (1963) não concordam. Eles descrevem uma grave reação depressiva que pode ocorrer no pós-operatório imediato e chamam-na *Prelud of Death*. O quadro se instala por volta do quarto ou quinto dia e segue-se a um breve período onde o comportamento é de gratidão à equipe

cirúrgica pelo alívio da dor isquêmica. Esta reação depressiva é caracterizada por profundos sentimentos de desamparo, desespero e preocupações com a morte iminente. São vistos anorexia, isolamento social e queda profunda da auto-estima. Sonhos de *procura intensa pelo membro perdido* caracterizam a perturbação do sono nesses pacientes e completam o quadro clínico.

Os pacientes estão, via de regra, desanimados, acreditam que nenhuma ajuda é possível e portanto não se queixam. Este comportamento apático contribui para dificuldades diagnósticas, e a equipe médica, desatenta, poderá considerá-los *bem adaptados*. Os autores acreditam que nesses pacientes a negação não atua eficazmente e a depressão resulta da aceitação de uma incapacidade que está além das limitações realmente impostas.

Realçando o papel protetor que a negação exerce nesses primeiros momentos após a amputação, ROSEN (1950) afirma que quando ela falha, o ego mostra maiores dificuldades em lidar com os desagradáveis fatos da nova realidade. Dentro do princípio prazer-desprazer quanto maior a capacidade do ego em negar a antecipação da dor já vivenciada, maiores as possibilidades para o desenvolvimento de complexas operações que permitam conhecer e lidar com o futuro. A negação parece ser o mecanismo protetor que permite a gradual assimilação das informações que de outro modo poderiam ser devastadoras (FRIERSON & COLS., 1987). Usada desta forma, adequadamente, ela tende a se tornar desnecessária e se dissipa com o passar do tempo. NOBLE & COLS. (1954) responsabilizam o uso exagerado da negação e da projeção pelos processos de adaptação prolongados e insatisfatórios.

Ainda com referência à afirmação anterior de GOLDBERG no que se relaciona à adaptação, LITTLE & COLS. (1974) não concordam

que ela seja mais fácil para os pacientes idosos.

Um estudo social bem detalhado, realizado por esses autores, junto a 67 pacientes idosos amputados por doença arterial crônica, decorridos aproximadamente 3 anos da cirurgia, revelou grande discrepância entre a visão do paciente e da equipe médica quanto às vantagens e desvantagens de tal procedimento cirúrgico. Enquanto para a equipe cirúrgica, particularmente no campo da cirurgia vascular, são considerados bons resultados da amputação a proposição e adaptação dos pacientes à prótese *para viverem os anos que lhes restam*, em uma avaliação mais abrangente, os pacientes tinham opinião diferente.

No que se refere ao trabalho, apenas cinco pacientes exerciam uma atividade por eles considerada produtiva, quatro donas de casa estavam se sentindo incapacitadas para a condução dos cuidados domésticos e 24 pessoas foram forçadas à aposentadoria porque não puderam se readaptar aos seus empregos.

Nas atividades sociais o prejuízo era ainda maior e 78% dos entrevistados disseram não mais visitar amigos e parentes ou sair para praticar ou assistir qualquer tipo de esporte. As queixas dirigiram-se para a comunidade que, se não criava os obstáculos também não participava na sua remoção.

As próteses foram propostas para 56 pacientes. Onze deles nunca a utilizaram e oito interromperam o uso definitivamente. O bom manejo do membro artificial, significando total independência motora, foi encontrado em 36 pessoas. O restante preferia a cadeira de rodas, estando a prótese restrita a curtos períodos do dia.

O coto de amputação também representava problemas, interferindo em graus variáveis nas atividades diárias. A grande

maioria necessitava medicação analgésica. Apenas sete pessoas não tinham essas queixas.

O mais importante parece ser a avaliação feita pelos pacientes a respeito da cirurgia. Chama a atenção o fato de somente cinco deles dizerem sentir a amputação como vantajosa, acreditando estarem levando uma vida mais próxima do normal. Dez faziam um balanço favorável sentindo os problemas pré-operatórios *um pouco pior* que a incapacidade resultante. Para a grande maioria, 29 pacientes, o alívio da dor isquêmica era a única vantagem, pois a incapacidade e o desconforto resultaram em qualidade de vida *não mais aceitável* que a do período anterior. Segundo oito pacientes não havia qualquer vantagem, e onze afirmavam uma deterioração tão grande nas suas possibilidades de desfrutar a vida que a cirurgia havia trazido mais desvantagens que vantagens.

Ao final, comentam os autores que na avaliação das perdas não foi significativo o fato de a amputação ser supra ou infrapatelar.

Em suas conclusões, acreditam que os responsáveis pelos procedimentos cirúrgicos e de reabilitação devem manter contato com o amputado e não menosprezar as outras fontes de suporte que a comunidade oferece.

#### II.4- OUTROS PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS

A literatura tem registrado inúmeras pesquisas que se dirigem à verificação das repercussões da amputação nos mais variados aspectos do comportamento humano. Algumas vezes enfocam a

sede da amputação, isto é, se são membros superiores ou inferiores os atingidos; outras vezes o fator considerado é a indicação da amputação. Mas, em sua maioria estão indistintamente direcionados a todas essas variáveis.

#### II.4.1- OS DISTÚRBIOS DA IMAGEM CORPORAL

O mais amplo conceito de imagem corporal atualmente utilizado em psiquiatria foi desenvolvido por SCHILDER em 1935 (KOLB, 1975).

Segundo o autor, a imagem corporal é a figuração do nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. É uma imagem tridimensional e comporta um modelo postural, isto é, um modelo que valoriza a posição e a relação que estabelecem entre si as diversas partes do corpo (SCHILDER, 1935).

Apesar de ser um conceito há muito trabalhado em suas bases fisiológicas e psicológicas, a contribuição do autor foi decisiva não só nesses campos, mas também ao advertir sobre a influência do meio ambiente, no que diz respeito aos valores éticos, morais e estéticos que permeiam as relações sociais, na elaboração da imagem corporal. Nesse sentido, admitiu uma *sociologia da imagem corporal*.

A imagem corporal é algo que vai se construindo continuamente, desde a mais tenra infância, em paralelo com o processo de maturação fisiológica do sistema nervoso e da progressiva interação psicossocial que a criança estabelece com o meio que a circunda. Vista desta maneira, ela é a resultante de uma série de operações que se efetuam em graus crescentes de

complexidade e profundamente inter-relacionadas. Por suas características plásticas, o significado final não é estático. Muito antes, está em constantes modificações, de tal forma que um dado novo ao ser integrado à estrutura não só a modifica mas é modificado por ela.

Dentro das excassas possibilidades de examinar os elementos em separado, sabe-se que do ponto de vista fisiológico suas bases estão assentadas principalmente nas impressões tácteis e cinestésicas e secundariamente nas sensações visuais, auditivas, olfatórias e gustativas.

As sensações tácteis ganham destaque através do processo de exploração e reconhecimento manuais que o bebê faz do seu corpo e do mundo. As impressões cinestésicas informam sobre os movimentos realizados e posições assumidas pelas diversas partes do corpo. Os demais órgãos de sentido, principalmente a visão, colaboram na construção da imagem corporal pela intensa participação que desempenham na relação que o indivíduo estabelece com o mundo e com o corpo. Por fim, estão as sensações provenientes das vísceras, sob a forma de desconforto e dor. A estruturalização desses elementos promove a experiência de uma unidade do corpo, o que reflete a tendência vital da unidade biológica.

Baseado na teoria freudiana do desenvolvimento psicosexual, SCHILDER acredita que na estrutura global do esquema corporal as zonas erógenas terão o papel principal. A influência emocional altera o valor relativo e a clareza das diferentes partes do corpo. Segundo as tendências libidinais, estas alterações podem se dar na superfície do corpo e nas partes internas sob a forma de protuberâncias e buracos. No plano

simbólico aquilo que acontece a uma parte do corpo pode ser transposto para outra. O nariz ou outras partes protuberantes podem se transformar em símbolos do órgão sexual masculino. As cavidades e reentrâncias são intercambiáveis, e então a vagina, o ânus, a boca, o ouvido, e até mesmo as narinas podem pertencer ao mesmo grupo.

A atitude desenvolvida em relação ao corpo, além de ser produto da conotação de abertura ou protuberância, pode ser influenciada pelo interesse e valor que as outras pessoas atribuem ao nosso corpo, ou quando atraem a nossa atenção para as partes do seu corpo e do nosso. De modo semelhante, as partes dos corpos dos outros podem ser incorporadas a nossa imagem, através do processo de identificação e, portanto, sensações, percepções, e atitudes psíquicas podem permanecer inconscientes.

A imagem corporal ultrapassa os limites do corpo. Qualquer coisa que se origina ou dele emana - a voz, a respiração, os odores, as fezes, o sangue menstrual, a urina, o sêmen - ainda são parte do esquema corporal mesmo quando já estão espacialmente separados.

SCHILDER acredita que a unidade emocional do corpo depende do desenvolvimento de relações objetais totais durante o período dos conflitos do complexo de Édipo, e que a prevalência das tendências sado-masoquistas pré-genitais leva à fratura do modelo postural do corpo. *A sexualidade genital inteiramente desenvolvida é indispensável para a apreciação completa de nossa imagem corporal.*

A imagem do corpo é também função das experiências de socialização do indivíduo. SCHILDER destaca a beleza estética como fato social valorizado em todas as culturas, e de como o corpo

humano e seu modelo postural são o primeiro objeto das artes plásticas. Acrescenta que as leis morais só podem ser aplicadas a seres humanos com um corpo e, conseqüentemente os fenômenos morais estão intimamente ligados com a nossa imagem e com a imagem dos outros. A partir destas considerações, o autor afirma que *as imagens corporais são, em princípio, sociais. Nossa própria imagem corporal nunca está isolada. Pelo contrário, está sempre acompanhada pelas imagens corporais dos outros.*

O modelo postural do corpo não é estático, modificando-se de acordo com as circunstâncias da vida. É uma construção criativa. Não se baseia apenas em associações, memória e experiências, mas também em intuições, aspirações e tendências.

Comentando esses aspectos, KOLB (1975) fala do corpo como objeto da percepção (body-percept) e como uma concepção (body-concept). O primeiro, longamente estudado pelos neurologistas, é o produto das experiências sensório-motoras integradas a nível da córtex cerebral, estabelecido como um esquema pré-consciente e do qual emergem os fantasmas do corpo após a perda de suas partes. O corpo como concepção, inclui sentimentos, pensamentos, atitudes, e vai-se desenvolvendo através das experiências consigo mesmo e com os outros.

No mesmo estudo, alerta o autor que cada indivíduo mantém uma imagem idealizada - o corpo ideal - em relação à qual ele confronta sua percepções e conceitos a respeito do seu próprio corpo. As funções egóicas integram as discrepâncias que, dentro destas avaliações, levam ao aprecimento de afetos dolorosos ou agradáveis. As defesas do ego aliviam os afetos desagradáveis.

O conceito de *distúrbios ds imagem corporal* foi elaborado a partir da observação de indivíduos impossibilitados de

perceberem partes de seus corpos ou de se adaptarem às modificações neles ocorridas. Estes distúrbios podem ser encontrados como decorrência de processos mórbidos que envolvem o sistema nervoso central e periférico, desvios metabólicos graves, desmembramentos traumáticos ou cirúrgicos, ressecção radical dos tumores da face e do pescoço, e nos distúrbios psiquiátricos - psicóticos ou psiconeuróticos.

Nas amputações por trauma irreversível ou cirurgia, a ocorrência do chamado *membro fantasma* é a alteração da imagem corporal mais encontrada. É considerado um fenômeno universal, estimado em aproximadamente 98% (EWALT & COLS., 1947) e 95% (RANDALL & COLS., 1945) dos casos.

O membro fantasma é representado principalmente por sensações tácteis e cinestésicas, mas a visualização da imagem a ele referida continua presente. No início do processo, o fantasma adquire a forma da extremidade perdida, porém no decorrer dos anos começa a mudar de forma e algumas de suas partes desaparecem. No fantasma do braço a mão se aproxima do cotovelo ou em casos extremos pode ficar no local da amputação. Fenômenos similares ocorrem com a perna. (SCHILDER, 1935). A persistência de mãos e dedos, entre as últimas partes que desaparecem, pode ser compreendida pela importância de suas representações a nível da córtex cerebral, amplamente dotadas de fibras sensoriais, responsáveis por grande acuidade e fina discriminação (KOLB, 1975).

O fantasma é percebido como realidade e as sensações básicas associadas a ele são descritas como *inchaço*, *dormência* e *aperto* (KOLB, 1975).

Baseadas em estudos neurológicos, inúmeras teorias têm

surgido para explicar a organização e dissolução do membro fantasma. São teorias onde a ênfase recai alternadamente sobre condições periféricas e centrais. As respostas talvez sejam encontradas a partir do questionamento de SCHILDER. Propõe o autor: *quais são os componentes periféricos e quais são os componentes centrais de um fantasma* ? Desistimos do ponto de vista de que central e periférico se opõem. De qualquer forma, não é meu objetivo caminhar por essa discussão.

No período pós-operatório a pessoa amputada se depara com uma alteração dramática da realidade da estrutura física e necessita adaptar-se a ela. Neste contexto, o membro fantasma tem sido visto de forma distinta pelos diversos pesquisadores. Para NOBLE & COLS. (1954) trata-se de um fenômeno conversivo, *uma defesa inconsciente, envolvendo a negação da perda de uma extremidade... tentativa de manter a auto-imagem pré-existente.* PARKES (1975) o vê como *um sinal de retenção, um esforço para a compreensão da dimensão na qual o mundo se modificou, sinal de aceitação de perda.* Este último parece ser também o ponto de vista de CAPLAN & COL (1963) quando afirmam: *apesar de se dizer que o membro fantasma é uma tendência a negar a ausência de um membro, isto não parece ser o caso em nosso estudo no qual, a maioria dos pacientes mostrava-se deprimida ao mesmo tempo em que experimentava sensações fantasma.*

As sensações dolorosas associadas ao membro fantasma são descritas como cãimbra, espasmos, torção, ou mesmo dor penetrante, ardente, dilacerante. São pouco frequentes, mas dependendo da intensidade podem se revelar incapacitantes.

EWALT & COLS. (1947) trabalharam com 2.284 militares amputados em decorrência de ferimentos de guerra e verificaram que

enquanto o membro fantasma era encontrado em 98% dos casos, as queixas dolorosas eram observadas em apenas 8 pacientes. Tendo em vista a homogeneidade de sua amostra, concluíram que a dor em membro fantasma era rara nos casos traumáticos. Julgaram que se tratava de indivíduos com distúrbios psicopatológicos anteriores e, por isso, facilmente percebiam as sensações fantasma, que são naturais neste período, como dolorosas. Para BOYLE & COLS. (1982), a dor em membro fantasma é mais frequente e foi encontrada em 15% das pessoas amputadas por trauma, entrevistadas entre 1 a 7 anos após a cirurgia.

KOLB (1952, 1975) confirma que a dor fantasma tem caráter patológico, indica má adaptação à amputação, e pode ser compreendida com base na história do indivíduo, particularmente nas experiências que envolvam sentimentos de hostilidade e medo em processos de identificação com pessoas amputadas, mutiladas. Este dado pôde ser verificado em 14 dos 21 pacientes estudados.

As características da dor e as teorias oferecidas pelos pacientes para explicar o seu aparecimento, guardam estreita relação com fantasias conscientes e inconscientes a respeito da indicação da amputação e do destino final do membro amputado (SOLOMON & COL., 1978; PARKES, 1973; NOBLE & COLS., 1954).

Em estudo publicado em 1973, PARKES se propôs a identificar quais os fatores que estariam relacionados com a persistência da dor em membro fantasma. Para tanto, trabalhou com 46 pessoas amputadas - 37 homens e 9 mulheres. Todos foram entrevistados uma vez na 4<sup>a</sup> semana de pós-operatório e responderam a questões sobre os eventos que culminaram com e se seguiram à amputação, e as reações a eles. Foram também investigados distúrbios físicos e psíquicos encontrados, habitualmente, em

situações de stress (principalmente diante de perdas). Uma segunda entrevista ocorreu no 13<sup>o</sup> mês após a amputação, onde além da verificação da qualidade de adaptação social, profissional e das condições de saúde física, foram estudados, através de escalas de avaliação elaboradas pelo autor, três itens: depressão, ansiedade, e um traço de personalidade *compulsive self-reliance* - que foi descrito como um rígido controle com a tendência a não confiar em ninguém e a ver o mundo em termos maniqueístas.

Em seus comentários, PARKES relaciona a persistência da dor em membro fantasma aos seguintes achados: 1- História de doença de longa duração com vários procedimentos cirúrgicos antes da amputação; 2- Persistência da patologia com riscos quanto à sobrevivência e ameaças de perder o outro membro; 3- Evidências de rigidez, desconfiança e exigências desmedidas em relação a si mesmo como traços marcantes de personalidade; 4- Presença de dor no coto de amputação ou em membro fantasma nas quatro semanas iniciais do pós-operatório, acompanhada de sentimentos de insegurança quanto ao futuro.

Visto que os distúrbios emocionais não eram significativamente mais frequentes naqueles pacientes com graves queixas de dor antes, durante e após a amputação, a dor em membro fantasma não pôde ser interpretada como a *canalização* dos referidos distúrbios. Em alguns casos permanece a possibilidade de ser considerada como uma *alternativa* e talvez representar um *equivalente depressivo*. O mais importante parece ser o alerta que o autor faz para a possibilidade de identificar, por ocasião da amputação, os pacientes com maior risco de apresentar dor persistente em membro fantasma, e então desenvolver metas preventivas. O aparecimento da dor logo após a cirurgia é

considerado uma *crise emocional* e deve ser alvo de rápida intervenção para o alívio da ansiedade e restauração dos usuais mecanismos de adaptação. A persistência da dor tem levado a diversas abordagens terapêuticas, que abrangem: hipnose, as técnicas de *biofeedback*, acupuntura, psicoterapia comportamental, psicoterapias dirigidas ao *insight* e psicoterapias onde são focalizadas as fantasias em relação à doença e à amputação - *Guided Fantasy* -, entre outras (PASNAU, 1976).

#### II.4.2- O COMPORTAMENTO SEXUAL

A conduta sexual das pessoas amputadas tem sido estudada em reiteradas pesquisas.

Nos trabalhos mais antigos, RANDALL & COLS. (1945) encontraram em uma amostra de 100 militares amputados que 30% deles referiam *grande preocupação com o funcionamento sexual*. Quando submetidos ao teste de Rorschach 81% dos entrevistados exibiam *evidentes sinais de conflito sexual*.

Em um estudo mais completo, o comportamento sexual de 39 homens e 21 mulheres com amputações em membros inferiores foi comparado ao do período anterior à cirurgia, por REINSTEIN & COLS em 1978. Cada pessoa foi entrevistada individualmente por um dos autores do mesmo sexo. Antes da amputação, 81% dos homens e 47% das mulheres estavam sexualmente ativos. Depois da operação, 13 homens e 8 mulheres disseram que haviam diminuído a frequência de suas relações sexuais, enquanto 17 homens e 7 mulheres ainda não as haviam retomado. Não houve qualquer referência ao aumento da frequência de relações sexuais, ou de mudanças nos hábitos sexuais, incluindo masturbação e relações oro-genitais.

A diminuição foi significativamente maior entre os homens. Eles se queixaram de dificuldades de ereção e ejaculação e diminuição de mobilidade no leito, impedimentos ao funcionamento sexual que foram considerados pelos pesquisadores como de ordem física. Outros fatores relacionados foram a persistência do membro fantasma e a diminuição do desejo sexual. Nas mulheres o maior impedimento foi *medo de sofrer danos*, cujo significado não foi esclarecido. Quanto ao sítio de amputação, aqueles com níveis suprapatelar referiram maior prejuízo na mobilidade no leito.

Os autores consideram que a atividade sexual regular e satisfatória antes da cirurgia é determinante significativo no tocante a sua retomada e, por isso, acreditam que as pessoas que desfrutam desta situação são menos afetadas. Este parecer é corroborado por SUKLA & COLS. (1982) e FRIERSON & COL. (1987).

Para AKESODE & COL. (1981), os distúrbios sexuais, salvo nos casos de diabetes mellitus, estão mais relacionados ao traumatismo emocional que aos impedimentos de ordem física. Consideram mais importantes a depressão da elaboração do luto, a alteração da imagem corporal e a percepção de si mesmo como *incompleto e feio*. Mais da metade dos pacientes sentiu-se abandonada pelos companheiros e 13% dos homens referiram claramente diminuição do desejo sexual. A diminuição do desconforto durante o ato sexual foi referida por 17% dos entrevistados.

#### II.4.3- A READAPTAÇÃO PROFISSIONAL

O prévio desenvolvimento da capacidade profissional parece estar muito diretamente relacionado à readaptação do

amputado. Assim, pessoas com planos profissionais realistas, com história progressiva onde estejam harmonicamente associados o interesse vocacional e a aptidão, e uma atual aceitação das limitações, tendem a exibir melhor ajustamento (GOLDBERG, 1984).

Do ponto de vista estritamente técnico, o uso de próteses adequadas e um bom treinamento podem permitir ao amputado retornar ao trabalho. Talvez não para as mesmas atividades, mas com amplas possibilidades de continuar a ser uma pessoa produtiva. Os sentimentos de insegurança ou dúvidas quanto à competência profissional que estiveram ocultos, podem ser reforçados e são mais prejudiciais que a deficiência física (WEINSTEIN, 1985).

PARKES (1975) encontra baixos índices ocupacionais nos pacientes por ele estudados aos 13 meses após a amputação. Para o autor, as dificuldades são maiores nas amputações de membro superiores.

As dificuldades profissionais encontradas parecem não se restringir aos aspectos físicos e emocionais. BOYLE & COLS. (1982) relatam em sua amostra de 27 pacientes amputados por câncer, que onze pessoas queixaram-se de restrições salariais e de se sentirem preteridos nas promoções dentro das empresas que trabalhavam.

#### II.4.4- A READAPTAÇÃO FAMILIAR

Embora nos últimos anos tenhamos observado mudanças significativas no papel social da família, ela é ainda a maior fonte de apoio para as pessoas portadoras de limitações de qualquer natureza.

KELHAM (1958) descreve 3 formas de comportamento que podem ser vistos entre os familiares de pessoas amputadas. No

primeiro estão os que desenvolvem todos os esforços de ajuda, encorajando o paciente em seu treinamento, seja com membro artificial, seja com as muletas ou com a cadeira de rodas, contribuindo para torná-los mais independentes. Este tipo de atitude concorre diretamente para os sentimentos de autoconfiança e fortalece a auto-estima. No segundo tipo de comportamento descrito, vê-se que ao oferecer insistentemente a ajuda que não é necessária, os familiares podem estar destruindo uma série de possíveis aquisições, forçando o paciente a sentir que não é tão competente como possa pensar. Por último, há aqueles familiares para quem o amputado é um estorvo, não têm atitudes de ajuda, e negligenciam o paciente ao máximo. Como resultado, ele pode desistir de sua esperança e voltar-se para o isolamento do leito.

Estes tipos de comportamento familiar desfavoráveis devem ser alvo de atenção e cuidados porque podem refletir quadros de depressão e ansiedade naqueles que têm contato direto e de maior responsabilidade junto ao paciente. Do ponto de vista pessoal, muitas vezes são necessários mudanças de horário e até mesmo abandono do trabalho incluindo perdas financeiras, sono interrompido para o atendimento de necessidades básicas, redução do tempo disponível para o lazer, limitações sociais, além de sobrecarga de trabalho doméstico. Alguns familiares sentem-se presos em casa do mesmo modo que o paciente, seja por impedimentos deste último em participar das atividades sociais, seja dos responsáveis que não podem deixá-lo sem atendimento. Por todas essas considerações THOMPSON & COL. (1984, 1985) alertam que nessas condições os familiares estão emocionalmente vulneráveis e apresentam alto risco psicopatológico.

A nova situação pode gerar condições em que a família

necessita de atenção psicológica. Como proposição, CHILVERS & COL. (1971) discutem a importância do esclarecimento das dificuldades que podem ser encontradas nos cuidados do paciente, mas também da tranquilização através da informação das facilidades disponíveis e de que seja oferecida uma escuta atenciosa dos sentimentos envolvidos.

#### II.4.5- A DEPRESSÃO ENTRE AMPUTADOS

A depressão tem sido responsabilizada como um dos fatores mais prejudiciais à adaptação satisfatória à amputação.

Estudando comparativamente a elaboração da perda entre pessoas amputadas e mulheres viúvas, PARKES (1975) verificou que enquanto as viúvas buscavam seus falecidos maridos, evidenciou-se nos amputados o comportamento de busca em relação aos aspectos de um mundo que ele conhece- trabalho, lazer, segurança, liberdade -, e lamenta perder. Dirige a atenção para o membro amputado como se, magicamente, ele pudesse trazer de volta o que sente definitivamente perdido. A receptividade à expressão dos sentimentos se mostra distinta. Para as viúvas há um clima de aceitação e respeito às suas expressões de pesar, mas ao amputado é exigido o comportamento heróico e se observa *uma pressão social a ser bravo e a olhar o lado bom da situação*, inibindo a comunicação de sentimentos negativos que ele teme *possa perturbar os outros*. PARKES comprova que esta fase é menos intensa, porém mais persistente nos amputados, talvez por isso se expliquem os precários resultados do ponto de vista emocional, comparados aos constatados nas mulheres viúvas.

AKESODE & COL. (1981) caracterizando a frequência da

depressão e outros distúrbios psicopatológicos entre os amputados, encontraram manifestações depressivas de caráter não-psicótico em 49% de amputados traumáticos. SUKLA & COLS. (1982) afirmam que 2/3 de seus pacientes apresentavam depressão que variava entre quadros neuróticos e reações graves, que poderiam ser diagnosticadas como psicóticas, em 40 e 22% respectivamente.

Num estudo dirigido especificamente para as manifestações depressivas entre os amputados, KASHANI & COLS (1983) trabalharam com um grupo de 65 pessoas (44 homens e 21 mulheres), e não consideraram causa, tempo de evolução ou sítio de amputação. Em seus resultados, registraram uma prevalência da ordem de 35% de distúrbio depressivo psicótico e uso abusivo de álcool nesses pacientes deprimidos. Acreditam que a alta prevalência de depressão entre os amputados, não pode ser simplesmente atribuída à perda do membro, mas sim porque ela é seguida de outras perdas que incluem diminuição da capacidade profissional, diminuição da interação social, queda de auto-estima devida à distorção de imagem corporal e aumento da dependência para com os outros. Além disso, outros fatores predisponentes de ordem pessoal estão, provavelmente, envolvidos na etiologia multifatorial da depressão encontrada.

Não havendo correlação direta entre a intensidade da depressão e a extensão da amputação, CAPLAN & COL. (1963) admitem que, entre os fatores predisponentes, a valorização simbólica da parte amputada desempenha um destacado papel.

## **CAPITULO TERCEIRO**

III- OBJETIVOS.....	72
---------------------	----

### III- OBJETIVOS

A questão da investigação científica tem sido vista complementarmente, tendo por um lado as circunstâncias que determinam no investigador o interesse por um tema específico e, por outro, principalmente, o papel relevante que o objeto em estudo possa desempenhar para o bem-estar da comunidade (FERRARI, 1982).

Tentando demonstrar este papel, no capítulo I está particularizada a síndrome de insuficiência arterial periférica crônica como a expressão clínica da aterosclerose obliterante e da tromboangeíte obliterante. Ambas patologias arteriais são responsáveis pelo maior contingente de amputação indicada como tratamento cirúrgico radical. Também estão descritos medidas clínicas e cirúrgicas que, ao longo da enfermidade, são utilizadas na tentativa de restaurar o fluxo arterial e evitar a perda do membro.

Os significativos percentuais de mortalidade e de incapacitação parcial ou total, de forma temporária ou definitiva, registradas em decorrência de distúrbios vasculares têm sido considerados graves problemas no âmbito da saúde pública. Entre os amputados, o elevado risco de perda de outro membro em breve espaço de tempo, representa mais uma grave complicação das doenças

arteriais.

Todos esses dados apontam para a necessidade da conscientização do paciente acerca de sua participação com vistas ao controle mais eficaz da evolução da patologia.

No tocante ao capítulo II é possível verificar que a adaptação psicossocial à amputação encontra-se estritamente vinculada às condições gerais em que ela se dá e às peculiaridades individuais. Dentro dessas afirmações, cabe ressaltar o papel preventivo com que se reveste a atenção pré-operatória a ser dispensada ao paciente, buscando assegurar-lhe melhor curso pós-operatório e a utilização de mecanismos adaptativos mais saudáveis para defrontar-se com a nova condição.

Apesar destas constatações, as pesquisas têm se dirigido a estudar quantitativamente os achados psicopatológicos do período pós-operatório. Mantêm-se pouco conhecidos a compreensão do paciente acerca da doença arterial, as expectativas diante de ato cirúrgico tão agressivo, suas perspectivas quanto à reabilitação e os seus planos para o futuro.

A partir destas considerações, a presente investigação tem como seus objetivos:

1- Descrever e tentar compreender as teorias elaboradas pelo paciente a respeito de sua doença e as atitudes desenvolvidas em relação a elas;

2- Compreender os receios, expectativas, fantasias e atitudes em relação :

- \_ ao ato cirúrgico;
- \_ às consequências da falta do membro;
- \_ às possibilidades de reabilitação;
- \_ à reintegração social.

3- Conhecer aspectos da comunicação entre a equipe médica e esses pacientes no tocante:

- \_ às informações que o paciente acredita ter recebido;
- \_ aos questionamentos que o paciente faz à equipe quanto às suas condições;
- \_ ao relacionamento que estabelecem paciente e equipe médica.

4- Elaborar hipóteses, dentro dos aspectos relacionados acima, visando compreender e fornecer subsídios para facilitar a relação equipe médica-paciente a ser amputado;

5- Verificar no período pós-operatório tardio algumas das mudanças na vida, apontadas pelos pacientes como decorrentes da amputação do membro.

## CAPITULO QUARTO

IV- METODOLOGIA.....	76
IV.1- A PROCURA DO MÉTODO.....	76
IV.2- O MÉTODO CLÍNICO.....	80
IV.3- ELABORAÇÃO E DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO	84
IV.4- CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA.....	87
IV.5- PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	91

## IV- METODOLOGIA

### IV.1- A PROCURA DO MÉTODO

Durante séculos a ciência utilizou-se do método científico-natural para objetivar o conhecimento e, assim, desvendar os segredos do Universo. Em suas etapas de pesquisa, o método consiste na observação, através da qual são feitos o levantamento e o ordenamento dos fatos; na elaboração de hipóteses, que são as indagações feitas à natureza; na experimentação, que se processando em condições controladas deverá possibilitar a repetição; e, por fim, na formulação de uma teoria.

Como objetivo o método busca estabelecer as relações explicativo-causais, partindo da premissa de que todos os fenômenos da natureza possuem as mesmas causas e os mesmos efeitos. O rigor científico exige das afirmações a exatidão matemática com que se expressam os resultados obtidos: *O livro da natureza está escrito em caracteres matemáticos* (GALILEU, *Il Saggiatore*, citado em ALVES, 1981).

Dentro deste contexto, o homem é um corpo físico, é o microcosmo que se liga ao macrocosmo por uma relação de analogia, e, desta forma, foi abordado exclusivamente com os parâmetros das

ciências naturais.

Em seu arcabouço teórico, a medicina muito se beneficiou com este método. Através dele, o modelo médico foi abdicando de suas concepções mágico-animistas que encaravam as doenças como manifestações de forças sobrenaturais, divinas, angélicas ou demoníacas, e adotando causas naturais para explicá-las. Fascinavam os estudiosos os progressos no campo da microbiologia, as descobertas das alterações locais das células e dos tecidos, os avanços da anatomia patológica que permitiam correlacionar determinados quadros clínicos com as alterações encontradas. Valiosas contribuições para o conhecimento do mecanismo da doença, do diagnóstico e do tratamento, ao explicar *porque* o homem adoece.

Este posicionamento materialista e mecanicista, apesar de unidirecional, é vantajoso, pois como assinala PERESTRELLO (1974) *o método científico-natural teve o mérito de colocar a psiquiatria definitivamente no campo médico e de expurgá-la de uma série de idéias metafísicas e místicas.*

Ainda segundo PERESTRELLO, coube à DILTHEY, em 1883, estabelecer um método das ciências do espírito, hoje conhecidas como ciências histórico-culturais ou ciências do homem, que *devem obedecer às relações de sentido ou significado... pois são as conexões significativas entre os fatos, que as regem.* Comparando os objetivos dos dois métodos utilizados para abordar as contingências do ser humano, adverte o autor que *quando se estuda o homem como ser biológico, sob o ângulo naturalista, explicamo-lo, e quando sob o ângulo das ciências culturais, compreendemo-lo. As relações de significado são relações compreensíveis, sem explicações causais.*

Entendendo como *significado* o modo especial de relação que, dentro da vida, guardam as partes com o todo, os acontecimentos são desprovidos de significado até estarem relacionados com a totalidade que lhe sirva de referencial. Assim, observando e estudando o dinamismo interno da compreensão, LADRIÈRE (1978) nos ensina que *compreender o fenômeno, é de certa maneira, efetuar o caminho da manifestação em sentido inverso, remontar o processo de vinda ao manifesto, vincular o manifesto ao seu princípio*. BEÇA (1980), baseada em DILTHEY, esclarece sobre a relação com a totalidade, e diz que ela é possível *recorrendo ao passado, através da visão histórica, ou no instante mesmo do presente, através da captação afetiva*.

Psiquiatra e filósofo, JASPERS, em 1913, chama a atenção que em *psicopatologia o fundamento real de nossa investigação é a vida psíquica compreendida... Queremos sentir, meditar, compreender o que se passa realmente na alma do homem*. Uma apreensão que se dá numa relação entre duas consciências, estabelecida no encontro entre o médico e seu paciente (JASPERS, 1979). A partir dos trabalhos de FREUD surge uma outra dimensão do compreender. Ele acrescenta um dado novo ao conhecimento mais profundo da totalidade do ser, mostrando que todos os fenômenos humanos normais, incluindo os sonhos, os chistes, os atos falhos, ou patológicos como as fobias, a histeria de conversão podem ser compreendidos a partir de suas relações de sentido, ao dar-lhes um significado que vai além do manifesto. O elo que os faz compreensíveis foi a descoberta do inconsciente dinâmico. Tornou-se, então, possível abordar o ser humano em função de sua vida pregressa e das relações interpessoais, vinculando-se à sua totalidade as fantasias e impulsos inconscientes.

A medicina e, particularmente, a psiquiatria, mais uma vez se beneficiam desses conhecimentos. Tomando o homem como uma unidade bio-psico-social interessam-se em saber *como* o homem adoece, *como* ele reage à sua doença e faz uso dela, ampliando então as possibilidades de compreensão evolutivas e terapêuticas. Esse é, sem dúvida, o caminho que tem sido seguido por aqueles que abordam a medicina em sua concepção psicossomática.

Foi dentro deste contexto teórico e de uma prática nele fundamentada que passei a me inquietar sobre como as pessoas portadoras de doenças arteriais crônicas se deparam com a necessidade de amputação de uma extremidade e vivenciam essa situação. Quais os afetos, as concepções intelectuais, as fantasias, as expectativas da vida futura que se fazem presentes no período prévio à cirurgia.

Num segundo momento me dediquei à procura de um método que possibilitasse acesso a esse conhecimento. O conhecimento de um momento específico da vida daquela pessoa, mas que pudesse ser compreendido dentro de seu modo de ser. Não apenas a experiência em si mesma, mas como ela se insere na cadeia de seus eventos vitais. O que a necessidade de amputação de um membro estava representando para aquela pessoa, naquele momento, dentro de sua vida e de suas expectativas de vida, antes mesmo de ser realizada. A busca do particular, comum a vários, mas que dentro da singularidade de cada um pudesse ser compreendido como único.

Considerarei o método clínico aquele indicado para a condução do estudo, pois ele poderia me proporcionar resultados que se caracterizam mais pela profundidade no conhecimento do problema, e pela familiaridade que desfruto com ele em meu exercício profissional.

#### IV.2- O MÉTODO CLÍNICO

O método clínico tem suas raízes na medicina. Etimologicamente o termo se refere aos procedimentos executados *junto ao leito*. Fundamenta-se na entrevista que o médico realiza com o paciente, destinada ao levantamento de dados que possibilitem o conhecimento da história do indivíduo e dos sintomas de sua doença. Associado à entrevista, o exame do doente objetiva os sinais que compõem o quadro e permitem conclusões diagnósticas.

Mas, o método clínico - a entrevista como sua principal técnica -, tem sido também utilizado como instrumento de escolha para as pesquisas no campo das ciências humanas. Afasta-se de seu referencial etimológico e de suas raízes médicas, mas recebe das ciências do homem inestimáveis contribuições.

REUSCHLIN (1971) afirma que o método clínico é o *mais indicado para aumentar os nossos conhecimentos gerais no campo da psicologia*. E, nesse campo de atuação ele se compõe da entrevista psicológica, da observação, dos testes psicométricos e das provas projetivas. Ressalta o autor que *a entrevista do psicólogo com o sujeito é frequentemente considerada como a técnica clínica por excelência*.

A propósito da entrevista psicológica, BLEGER (1980) abordando a teoria da técnica, esclarece que ela foi influenciada principalmente por contribuições provindas da psicanálise *com o conhecimento da dimensão inconsciente do comportamento*, e, entre outros, dos conceitos fundamentais de transferência e contratransferência; da Gestalt, que ao enfatizar o comportamento do entrevistador como um dos elementos da totalidade, alerta para

que não se pode desconsiderá-lo; e por fim, da topologia que levou a *delinear e reconhecer o campo psicológico e suas leis, assim como o enfoque situacional.*

Estes conhecimentos sedimentam o campo da intersubjetividade, o espaço mais propício à aplicação do método clínico, delineiam a singularidade, e ampliam a compreensão de elementos subjetivos que surgem no encontro do médico com o seu paciente. Um médico atento às queixas e aos sinais clínicos, mas também à história da pessoa e ao modo de relacionar-se com o outro, à forma peculiar de sentir-se doente e de reagir à doença. Atento ao discurso, hábil ao ouvir o que não foi dito, e a perceber as pausas, os olhares, os sorrisos, as lágrimas, a inflexão da voz. Ao mesmo tempo requiere-se ao médico olhar e ouvir a si próprio, compreender seus sentimentos e atitudes ao abordar a pessoa, além de encaminhar a entrevista permitindo que o paciente possa dirigi-la, revelando mais de si próprio, revelando sua totalidade.

Estas condições desejáveis no encontro médico-paciente com finalidades diagnósticas e terapêuticas devem se constituir, também, nas condições presentes quando se tem como objetivo primordial a pesquisa, desde que ela não pode se afastar do significado terapêutico, que deverá estar implícito sempre.

Os fundamentos teóricos e a utilização cada vez mais frequente da entrevista como instrumento de investigação científica no campo das ciências do homem têm acumulado conhecimentos que permitem a sua realização dentro de condições metodológicas mais restritas, nas quais a *arte da entrevista foi reduzida em função de uma sistematização que possibilita um maior rigor em sua aplicação e em seus resultados ... O estudo*

*científico da entrevista (a pesquisa do instrumento) tem reduzido sua proporção de arte e incrementado sua operacionalidade e utilização como uma técnica científica. (BLEGER, 1980).*

Ainda dentro da teoria da técnica da pesquisa em ciências humanas, faz-se necessário acrescentar três peculiaridades que HANDEL (1984), baseada em DEMO, ressaltava como inerentes a este campo e as tornam tão diferentes daquelas realizadas pelas ciências naturais. Primeiramente, ela observa que o pesquisador está pesquisando a si próprio, porque há identidade entre ele e o sujeito alvo da pesquisa e, por não haver uma *completa objetividade e neutralidade*, o pesquisador precisa escolher métodos e técnicas mais adequadas. Em segundo lugar, outro elemento a considerar é que as realidades humanas se expressam mais de forma qualitativa que quantitativa; assim sendo, o pesquisador tem diante de si um desafio a mais no rigor e controle científicos, pois a análise estatística sofisticada não determina a qualidade e valor do estudo. Por fim, ela ressaltava que sendo o homem o objeto da pesquisa, ele é *intrinsecamente ideológico*, e que os estudos não terão caráter científico quando seus resultados refletirem as idéias do autor.

Penso que, em psicologia, a neutralidade e objetividade além de serem impossíveis, são indesejáveis. Os sentimentos de identidade entre o pesquisador e o pesquisado são os pontos de toque, são os momentos de encontro maior entre eles. Põem em relevo a *humanidade* de ambos, propiciando a ressonância das vivências do outro.

Caracterizando esta relação humana estão presentes os fenômenos transferenciais. Quando FREUD publicou pela primeira vez a noção de transferência, ela era considerada um elemento

perturbador, um obstáculo ao tratamento analítico; diz ele: *os pacientes podem se assustar quando verificam que estão transferindo para a pessoa do terapeuta as idéias desagradáveis que surgem do conteúdo do tratamento* (FREUD, 1895). Dez anos depois, ele reformula seu pensamento e a transferência passa a ser vista como *o auxiliar mais poderoso quando se consegue detectar em cada caso e traduzi-la para o enfermo* (FREUD, 1905).

Entre muitos autores contemporâneos que vêm tratando do assunto, GREENSON (1978) define a transferência como *ter atitudes, pulsões, sentimentos, fantasias e defesas a respeito de uma pessoa atual que não convêm a essa pessoa, mas são uma repetição de reações formadas em relação a pessoas importantes da primeira infância, deslocadas inconscientemente para figuras atuais*.

Trabalhando na extensão operacional do conceito de transferência, enquanto campo de apreensão ou forma de saber, HERRMANN (1982) afirma que, *o campo transferencial é aquele onde a psique se manifesta excelentemente, tanto quando se aplica no contexto psicoterápico estrito, como também se é a história, a sociedade, a cultura que se oferecem para decifração*.

Portanto, o pesquisador em ciências humanas deve estar atento a que serão atualizados em sua pessoa sentimentos e vivências do passado do entrevistado, como também lhe será requisitado o desempenho de papéis e de condutas que foram atribuídos a figuras primárias afetivamente importantes. BLEGER (1980) adverte sobre esta forma comunicacional que está além do verbal, muitas vezes até em discordância com o que foi dito, é o que nos possibilita maior conhecimento e compreensão da estrutura de personalidade e dos conflitos do entrevistado.

A interação propicia a emergência de sentimentos e

atitudes do entrevistador em resposta ao entrevistado, nos chamados fenômenos contratransferenciais. ETCHEGOYEN (1987) chama a atenção de que os autores se dividem quanto à concepção de contratransferência. Para uns, ela é um obstáculo, um perigo, os pontos cegos do analista refletindo seus aspectos patológicos, e indica a necessidade de análise e cuidados por parte deste. Para outros, e a partir daí ganham destaque as publicações de HEIMANN (1950) e RACKER (1953), *ela é um instrumento sensível que pode ser muito útil para o desenvolvimento do processo analítico... a contratransferência também configura, de certo modo, o campo onde vai se dar a modificação do paciente.*

Certamente, não é minha intenção enveredar por uma discussão de tamanha envergadura. O que me parece claro é que, de um modo geral, nas pesquisas em ciências humanas, os sentimentos e atitudes do pesquisador, sendo alvo de reflexão e compreensão, poderão se revelar um instrumento a mais a auxiliá-lo no conhecimento do pesquisado. Permitirão ao pesquisador maior conhecimento de si próprio como pessoa, o que facilitará seu posicionamento frente às solicitações do entrevistado.

#### IV.3- ELABORAÇÃO E DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO

Optou-se, portanto, por uma entrevista semi-estruturada, que proporcionasse condições de atingir os objetivos propostos. Para a elaboração do instrumento, fez-se necessário um estudo piloto em que foram entrevistados os pacientes com patologia vascular crônica de membros inferiores, internados na enfermaria

específica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, para os mais diversos procedimentos, tais como: esclarecimento diagnóstico, tratamento clínico, desbridamentos cirúrgicos, enxertos arteriais e amputação.

A técnica utilizada era a da entrevista livre, um diálogo aberto, onde a livre expressão ampliava o campo do discurso para que pudesse conter, não só os fatos e opiniões, mas também anseios, projetos, dúvidas e temores.

Iniciada com perguntas muito gerais, quase sempre com os dados de identificação, em um tempo variável para cada um, espontaneamente o paciente falava de si e de sua doença. A partir de então, este era o fio condutor para o prosseguimento da entrevista e, embora considerando que dentro do tema tudo era pertinente, os dados eram colhidos de modo mais objetivo. O paciente era convidado a falar de sua doença, de eventuais internamentos anteriores, do internamento atual, de suas concepções acerca da enfermidade, e das suas fantasias e expectativas na relação com a equipe terapêutica, no tratamento e no prognóstico.

Com base nesse depoimentos, nas minhas observações e revisão bibliográfica foi planejado um roteiro que pudesse focalizar os temas abordados pelos entrevistados, favorecesse o aprofundamento dos itens propostos e o acompanhamento das diversas fases da pesquisa.

A entrevista semi-estruturada, está dividida em cinco partes a ser cada uma delas utilizada em cinco momentos diferentes.

O primeiro momento é considerado aquele que se inicia com a admissão do paciente, e abrange o período de investigações

clínicas para a configuração do diagnóstico e a definição do tratamento a ser realizado.

A entrevista busca evidenciar como o paciente está vivenciando o seu atual internamento, as suas fantasias e informações recebidas acerca da indicação e da conduta terapêutica a ser realizada. A seguir são investigados o nível de conhecimento e as fantasias a respeito do quadro da doença vascular, e da ocorrência de outros quadros clínicos em sua possível relação com o principal.

São considerados antecedentes importantes e pesquisados em relação com o momento atual: passado cirúrgico, passado psiquiátrico, uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas e, as reações emocionais às perdas significativas.

Para finalizar, são vistas as condições de relacionamento interpessoal incluindo o trabalho, a prática religiosa, o lazer, as relações afetivas, as atividades sociais, verificando as possíveis modificações nestas áreas, que podem ser percebidas como relacionadas à evolução da doença arterial.

O segundo momento tem início quando o paciente é informado da necessidade da amputação e aguarda a realização da cirurgia. A investigação busca o conhecimento e expectativas do ato cirúrgico, da anestesia, e do prognóstico de reabilitação.

O terceiro momento é o que se segue ao ato cirúrgico, abrangendo o pós-operatório recente. São pesquisadas as vivências deste período.

O quarto momento é aquele em que o paciente já foi informado de alta hospitalar e aguarda o retorno a sua residência. Aqui, a intenção é conhecer as expectativas do paciente em relação às condições de vida após a amputação e seus planos para o futuro.

Na sua quinta parte, a entrevista é realizada na residência dos pacientes por ocasião da visita domiciliar. O objetivo é verificar a adaptação após a experiência cirúrgica da amputação, tendo sempre em vista as expectativas evidenciadas durante o internamento hospitalar. Julguei que a visita domiciliar favoreceria a compreensão, uma vez que se via a pessoa no seu meio, com jeito de ser no dia-a-dia.

Estas visitas foram realizadas num período variável, de acordo com a disponibilidade do entrevistado e do entrevistador. Alguns foram visitados decorridos seis meses, outros dez a onze meses após a cirurgia. As maiores dificuldades se deveram à mudança de endereço dos pacientes.

Os dados pessoais, a história clínica com informações referentes à patologia vascular, aos diagnósticos secundários, aos níveis previsto e realizado de amputação, como também à ocorrência de cirurgias e amputações são obtidos junto ao prontuário médico.

O leitor interessado vai encontrar o modelo da entrevista utilizada, registrado no anexo nº 3.

#### **IV.4- CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA**

A primeira fase do estudo se desenvolveu no período de fevereiro a agosto de 1989. Foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e no Hospital Irmãos Penteado, uma unidade particular, conveniada com entidades de previdência social.

A segunda fase foi realizada na residência dos pacientes,

onde teve lugar a entrevista domiciliar. As visitas ocorreram entre outubro de 1989 e fevereiro de 1990.

No Hospital das Clínicas há uma enfermaria destinada aos procedimentos de Cirurgia Vascular. No Hospital Irmãos Penteado os pacientes são distribuídos de acordo com as categorias *particular* e *conveniada*, ocupando, portanto, espaços diferentes.

As entrevistas foram realizadas nas enfermarias, junto ao leito. Os pacientes estavam, via de regra, acamados, impossibilitados de deambular por limitação imposta pela doença e por recomendação terapêutica, desde que o repouso é parte integrante do tratamento.

Num contato inicial apresentava-me informando ao paciente que sou médica psiquiatra e que meu trabalho naquela enfermaria consistia em conversar com as pessoas que estavam ali internadas para se tratarem. Essas conversas faziam parte de um estudo que eu estava realizando.

Apresentava o gravador como um instrumento auxiliar do meu trabalho, e lhe solicitava autorização para utilizá-lo, com a finalidade de posteriormente poder transcrever a entrevista. Para alguns pacientes que não o conheciam eu fazia uma demonstração do seu funcionamento. A todos garantia sigilo de identidade. Não houve sinais de resistência explícita à utilização do gravador, mas uma das pacientes, por duas vezes, na primeira entrevista, me perguntou *se ninguém saberia que era ela quem estava falando aquilo*. Tranquilizada, ela continuou o seu depoimento, como dizia, *de coração aberto*. Outros pacientes aceitaram sem comentários, outros até o esqueciam. Independentemente do tipo de reação, me pareceu que o gravador agiu como elemento estranho. Ele foi mantido porque julguei que as anotações teriam o mesmo caráter

perturbador com o inconveniente de não me proporcionarem a mesma fidelidade de informações.

As nossas entrevistas quase nunca dispuseram da privacidade desejada. Frequentemente fomos alvo de interrupções breves, como para a administração de medicamentos, colheita de material para exames, ou mais duradouras, como nas visitas de familiares ou até a saída do paciente para a realização de exames fora da enfermaria.

Procurei tornar esses momentos em ocasiões produtivas e me mantive presente, mas afastada, de forma a poder observar o comportamento global do paciente fora da entrevista. Assim, foi possível verificar como estava se processando a interação entre o paciente e a equipe terapêutica, e entre ele e seus familiares.

Havia também frequentemente uma outra pessoa internada no mesmo quarto que, em algumas ocasiões, interferia na entrevista. Lembro-me particularmente de duas situações dessa natureza: numa delas um paciente anteriormente entrevistado incentivava a um outro a conversar comigo; na segunda, foi o companheiro de enfermaria quem esclareceu ao paciente que *sua família deveria vir hoje porque é dia de visita.*

Algumas vezes, no primeiro contato, eu, o paciente, e a equipe terapêutica desconhecíamos qual seria a evolução do quadro clínico, se passível de tratamento clínico, cirúrgico restaurador ou amputação. O mais frequente é que já havia sido definido e comunicado ao paciente que o internamento era *para operação porque os remédios não estavam mais adiantando.*

A expressão *como o(a) senhor(a) está se sentindo* dava margem, inicialmente, a relatos de queixas somáticas as mais variadas, tais como dores, falta de apetite, cansaço, fraqueza.

Mas, a atitude de escuta propiciava, pouco a pouco, a falarem de seus temores, esperanças, desconfianças, e fantasias acerca de si mesmo, de sua doença, e do tratamento.

A entrevista elaborada serviu como apoio, como um *lembrete* do que deveria ser abordado, mas o fio condutor era determinado pelo discurso do paciente, pelo fluir de suas idéias, suas associações e expressões não verbais, que ora foram apenas registradas, ora foram pontuadas com cometários acerca do sentimento que parecia acompanhar suas palavras e gestos.

A minha presença constante na enfermaria possibilitava breves contatos com os pacientes em acompanhamento e eu tomava conhecimento dos procedimentos a serem realizados, voltando a entrevistá-los formalmente nas outras situações estabelecidas no projeto de pesquisa, isto é, após a comunicação da necessidade da amputação, no pós-operatório precoce e por ocasião da alta hospitalar.

A aceitação dos pacientes à pesquisa e à minha presença na enfermaria para as entrevistas foi muito satisfatória. Aos poucos iam me tratando com intimidade - os mais idosos diziam que eu tinha idade para ser sua *filha* e assim me chamavam em algumas ocasiões. Outras vezes, comentavam sobre o meu jeito de falar, identificando-me como pessoa procedente de outra região do país e por isso explicavam-me, cuidadosamente, como chegar em sua casa para entrevista domiciliar, *já que você (eu) não é daqui*.

A comunicação de que uma outra parte da nossa conversa seria realizada em regime domiciliar era feita por ocasião da alta. A visita era antecipada de um contato telefônico, quase sempre com um familiar, e eram marcados dia e hora. O clima era receptivo e muitas vezes o paciente falava de sua surpresa: *eu nem*

*acreditei quando minha irmã disse que você vinha mesmo aqui, mas é muito bom uma doutora fazer uma visita para o seu paciente.*

Nenhum paciente questionou o fato de estar sendo entrevistado por uma psiquiatra. A minha presença parecia atender mais à necessidade de ser ouvido em suas dificuldades e temores do que aos seus interesses em conhecer os resultados e finalidades do meu estudo, que não foram igualmente questionados.

#### IV.5- PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram pessoas portadoras de patologia arterial crônica de membros inferiores, que se internaram para tratamento e onde a amputação se constitui um recurso terapêutico.

Não foram estabelecidos critérios que os selecionasse por sexo e idade. Ingressaram no estudo 18 pessoas mas apenas 12 chegaram a concluí-lo.

Dos pacientes, oito são mulheres e quatro homens. Dez têm idade acima de 50 anos, uma está com 46 e um outro com 28 anos.

Quanto ao estado civil, sete são casados, estando uma no seu segundo casamento. Quatro são viúvos, e apenas um é solteiro. Todos os pacientes moravam acompanhados de seus familiares. Quatro residiam na cidade de Campinas e oito nas várias cidades da região.

O nível de escolaridade é precário, sendo 8 deles analfabetos e quatro têm apenas instrução primária.

Quanto à religião, dez são católicos, embora quatro se revelam não praticantes, e dois são protestantes.

No que se refere à ocupação habitual, as oito mulheres dedicam-se aos cuidados da casa, no entanto algumas exerceram, por algum tempo, outras atividades como o trabalho na lavoura, em fábricas de tecido e de sapato, e como cozinheira profissional. Delas, apenas uma tem renda própria, que provém de sua aposentadoria por invalidez. Entre os homens dois são aposentados por tempo de serviço e um por invalidez. Apenas um estava trabalhando efetivamente no momento em que adoeceu, um outro, apesar de aposentado, realizava pequenos trabalhos para aumentar a renda familiar. Os homens são os responsáveis ou participam majoritariamente no sustento da casa.

Onze pacientes receberam o diagnóstico *sindrômico de insuficiência arterial periférica crônica*, sendo que, destes, dois tinham como condição associada o *pé diabético*. Ainda neste grupo, oito exibiam lesões tróficas nas extremidades sob a forma de infecções, necrose e gangrena. Apenas três não apresentavam essas complicações.

Somente um paciente recebeu diagnóstico clínico de *tromboangite obliterante*. Ele apresentava ulceração com infecção inframaleolar à esquerda.

Dos doze casos, em apenas um não se registrou qualquer outra condição associada. Todos os outros onze exibiam isolados ou em associação, as seguintes, por ordem de frequência: tabagismo - sete, hipertensão arterial sistêmica - seis, diabetes - três, cardiopatia isquêmica - dois, etilismo crônico - um, fibrilação atrial - um, paralisia facial - um, e tumor renal - um.

Duas pacientes tinham necessitado de cuidados psiquiátricos. A paciente 2, após a morte do marido, recebeu atendimento ambulatorial com uso de medicação antidepressiva. A

paciente 7 foi internada para tratamento de quadro sugestivo de afonia histérica, por ocasião da separação conjugal de seu filho mais velho.

Com respeito ao nível de amputação, verificou-se que mais da metade, sete pacientes, sofreu amputação infrapatelar. Três submeteram-se a nível suprapatelar. Em um paciente ela foi efetuada no antepé, enquanto um outro sofreu amputação do 4<sup>o</sup> artelho do pé esquerdo. Todos estes níveis estavam previstos antes da cirurgia, mas em uma paciente o nível previsto, infrapatelar, foi alterado durante o ato cirúrgico e realizada a amputação acima da patela.

Quanto ao tratamento médico efetuado ao longo da enfermidade, todos os pacientes no momento da amputação já haviam recebido algum tipo de abordagem cirúrgica. Foram simpatectomias, desbridamentos, enxertos e próteses arteriais, em mais de uma ocasião, utilizados isolados ou associadamente. Para cinco dos pacientes os procedimentos incluíram amputações anteriores, sendo em quatro a nível de artelhos, em um período de tempo que variava de 1 até 14 meses e um paciente já havia sofrido amputação infrapatelar há seis anos.

Dois pacientes faleceram no intervalo entre a primeira e a segunda fases do estudo. O paciente 5 sofreu um acidente vascular cerebral hemorrágico, oito meses após a cirurgia. A paciente 11 faleceu em decorrência de choque séptico provocado por infecção e rejeição da prótese de platina instalada no M.I.E. Estes dados foram obtidos junto aos atestados de óbito, exibidos pelos familiares durante a visita domiciliar.

Nos quadros 1,2 e 3 o leitor vai encontrar os dados pessoais e informes clínico-cirúrgicos relativos a cada indivíduo.

Quadro 1- Pacientes 1,2,3 e 4. Dados pessoais e informes clínico-cirúrgicos

PACIENTES	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	GRAU INSTRUÇÃO	RELIGIÃO	Ocupação Habitual	DIAGNÓSTICO VASCULAR	CONDICÕES ASSOCIADAS	NÍVEL/ AMPUTAÇÃO	TRATAMENTOS ANTERIORES	AMPUTAÇÃO ANT. TEMPO
1	M	28	SOLTEIRO	PRIMÁRIA	CATÓLICA	FEDREIRO	TROMBOANGIITE OBLITERANTE INFECÇÃO INFRANALEOLAR ESQUERDA	ESTILISMO + TABAGISMO	INFRAPATELAR ESQUERDA	NÃO	3º ARTEIRO PE DIREITO/ 10 MESES
2	F	63	VÍDUA	PRIMÁRIA	CATÓLICA	DOMÉSTICA LAVADEIRA	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA SEM LESÃO TRÓFICA	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PARALISIA FACIAL TUMOR RENAL ANTEC. PSIQUIÁTRICO	SUPRAPATELAR DIREITA	ARTERIOPLASTIA FEMORAL DIREITA	NÃO
3	M	66	CASADO	ANALFABETO	CATÓLICO	COMERCIÁRIO APOSENTADO POR INVALIDEZ	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA NECROSE 1º, 2º / 5º ARTEIRO ESQUERDO SAGRENA 3º ART E	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA TABAGISMO	INFRAPATELAR ESQUERDA	ENXERTO D / 10 ANOS ENXERTO FÊMORO-FEMORAL CRUZADO ENXERTO FÊMORO-TIBIAL POSTERIOR E	INFRAPATELAR DIREITA 6 ANOS
4	F	80	VÍDUA	ANALFABETA	PROTESTANTE	DOMÉSTICA LAVOURA DE CANA	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA SEM LESÃO TRÓFICA	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	4º ARTEIRO ESQUERDO	ENXERTO FÊMORO-POPILITEO ESQUERDO	NÃO

Quadro 2- Pacientes 5,6,7 e 8 . Dados pessoais e informes clínico-cirúrgicos

PACIENTES	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	GRAU INSTRUCAO	RELIGIAO	Ocupacao Habitual	DIAGNOSTICO VASCULAR	CONDICOES ASSOCIADAS	NÍVEL/ AMPUTACAO	TRATAMENTOS ANTERIORES	AMPUTACAO ANT. TEMPO
5	M	80	CASADO	ANALFABETO	CATÓLICO	PEDREIRO APOSENTADO	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA LESÃO TRÓFICA 2º ARTELHO ESQUERDO	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CARDIOPATIA ISQUÊMICA TABAGISMO	INFRAPATELAR DIREITA	ENXERTO FÊMORO-POPULÍTEO DIREITO EXPLORAÇÃO DO ENXERTO ENXERTO FÊMORO-TIBIAL POSTERIOR DIREITO	NAO
6	F	67	CASADA	ANALFABETA	CATÓLICA	COZINHEIRA APOSENTADA POR INVALIDEZ	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA NECROSE SECA MALEOLAR	DIABETES	INFRAPATELAR DIREITA	DESDRILHAMENTO	NAO
7	F	59	CASADA	PRIMÁRIA	CATÓLICA	DOMÉSTICA	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA PÉ DIABÉTICO D NECROSE SECA ARTELHO PE ESQUERDO	DIABETES TABAGISMO ANEC. PSICQUIÁTRICO	SUPRAPATELAR ESQUERDA	SINFECTOMIA LOBBAR DIREITA ENX. FÊMORO-POPULÍTEO E RETIRADA ENX. INFECTADO ENX. FÊMORO-POPULÍTEO COM PROTESE DESDRILHAMENTO	NAO
8	F	46	CASADA	PRIMÁRIA	CATÓLICA	DOMÉSTICA TECELA	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA LESÃO TRÓFICA NO DORSO DO PÉ E COTO DO HALUX D	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA TABAGISMO	INFRAPATELAR DIREITA	SAFENECTOMIA DIREITA ENX. FÊMORO-TIBIAL POSTERIOR D ENDARTERECTOMIA FEMORAL SUPERFICIAL D DESDRILHAMENTO DO DORSO DO PÉ E COTO DO HALUX D	INTERFALANGEANA DE HALUX D/ 2 ANOS KALANSE PROXIMAL DO HALUX/ 2 MESES

**Quadro 3- Pacientes 9,10,11 e 12. Dados pessoais e informes clínico-cirúrgicos**

PACIENTES	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	GRAU INSTRUCAO	RELIGIÃO	Ocupação Habitual	DIAGNÓSTICO VASCULAR	CONDICÕES ASSOCIADAS	NÍVEL/ AMPUTACAO	TRATAMENTOS ANTERIORES	AMPUTACAO ANT. TEMPO
9	F	78	VIÚVA	ANALFABETA	PROTESTANTE	DOMÉSTICA LAVOURA DE CANA	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA NECROSE MÁLUX ESQUERDO	-----	INFRAPATELAR ESQUERDA	PATCH 4 CM VEIA BASILAR EM ARTERIA FEMORAL SUPERIOR ESQUERDA  EXPLORAÇÃO ARTERIAL FEMORAL SUPERFICIAL	NÃO
10	F	59	CASADA	ANALFABETA	CATÓLICA	DOMÉSTICA FABRICA DE SAPATOS	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA NECROSE 3º ARTELHO PE ESQUERDO	DIABETES  HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	INFRAPATELAR (PREVISTA)  SUPRAPATELAR (REALIZADA)	ENX. FÊMORO-POPLÍTEO E ENX. DE SAFENA ARTERIALIZADA EM TRONCO TIBIO-PERONEIRO  EXPLORAÇÃO DO ENX. ARTERIAL	2º ARTELHO PE ESQUERDO/ 14 MESES
11	F	74	VIÚVA	ANALFABETA	CATÓLICA	DOMÉSTICA LAVOURA LAVADEIRA	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA SEM LESÃO TRÓFICA	FIBRILACAO ARTERIAL CRÔNICA  TABAGISMO	SUPRAPATELAR DIREITA	SIMPLECTOMIA LOMBAR D ENX. COM PRÓTESE ILSACO-FEMORAL  ENX. FÊMORO-POPLÍTEO RETIRADA DE PRÓTESE INFECTADA ENX. FÊMORO-FEMORAL CRUZADO	NÃO
12	M	71	CASADO	ANALFABETO	CATÓLICO	LAVOURA APOSENTADO	INSUFICIÊNCIA ARTERIAL PERIFÉRICA CRÔNICA NECROSE 2º E 4º ARTELOS D	CARDIOPATIA ISQUÊMICA  TABAGISMO	ANTEPE DIREITO	ENX. FÊMORO-POPLÍTEO D	3º ARTELHO DO PE DIREITO/ 1 MES

Por fim, vale ressaltar que não se constituiu minha preocupação incluir na pesquisa todas as pessoas que se submeteram à amputação, ou delimitar um número de casos que pudesse ser representativo daquele universo. O meu interesse não está ligado à pesquisa quantitativa ou que os resultados obtidos sejam objeto de generalização. Assim, o número de casos estudados preencheu a exigência de fornecer o material necessário à condução e ao embasamento do estudo proposto.

Muitos pacientes com patologia arterial crônica de membros inferiores foram internados durante este período e não fizeram parte do estudo, por diversos motivos: portadores de grave déficit auditivo, deficiência intelectual, estado confusional metabólico e/ou infeccioso, pacientes internados em outras enfermarias ou no serviço de pronto-socorro onde foram atendidos em pré-operatório e só posteriormente transferidos para acompanhamento pós-operatório, internamentos de emergência ocorridos nos fins de semana com definição operatória imediata e, por fim, aqueles que se recusaram participar da pesquisa.

Alguns pacientes que ingressaram na pesquisa não chegaram a concluí-la. Em alguns casos, a decisão quanto à operação foi tomada em caráter de urgência, isto é, o período pré-operatório exíguo, sem oportunidade para a entrevista que antecede a cirurgia. Em outros, a comunicação da alta ocorreu por ocasião da visita, os familiares acompanharam o paciente até a residência e a última entrevista hospitalar não pode ser realizada. Também foram excluídos os pacientes que após a entrevista inicial, receberam tratamento clínico ou cirúrgico restaurador, ou que solicitaram alta abandonando o tratamento.

Após estas considerações, verifiquei que seis pessoas

estavam incluídas entre os que iniciaram e não concluíram a primeira fase do estudo.

## **SEGUNDA PARTE**

RESULTADOS E DISCUSSÃO:  
O SER HUMANO E A AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

## APRESENTAÇÃO DO MATERIAL

O método clínico nos leva a ter uma quantidade imensa de informações. Estas, dependem não só das características do informante como também da relação que entrevistador e entrevistado estabelecem.

O tipo e a maneira como as informações passam vão depender daquilo que o entrevistador, consciente e inconscientemente, mobiliza na pessoa do entrevistado. Por outro lado, a leitura do material mobiliza no pesquisador, além dos seus pressupostos teóricos, as suas emoções, as suas fantasias. Assim, ela poderá ser feita de inúmeras maneiras que dependem de fatores ligados ao leitor.

Como entrevistadora tentei ser capaz de captar o não-verbal, as emoções, o clima presente. Procurei não me contaminar, dentro do possível, com meus pressupostos teóricos, auxiliada pela supervisão das entrevistas.

A leitura que vou tentar fazer, evidentemente, vai depender da minha formação e das características da minha personalidade. E, penso que grande parte delas são inconscientes. Creio que a minha leitura poderá não ser a de outros, de qualquer forma, tentarei passar aquilo que compreendi e senti, com todas as peculiaridades já discutidas.

Grande parte do trabalho abrange a observação dos

entrevistados na relação que estabeleceram comigo e uma tentativa de compreensão de sentido, muitas vezes baseada em motivações inconscientes. A experiência vivida com cada paciente, certamente muito mais rica do que aquela que ficou registrada no relato escrito, será discutida sob dois pontos de vista: o discurso manifesto consciente e especulações sobre o latente, que pode emergir da fala, do extra-verbal e dos meus sentimentos contratransferenciais.

Não é meu propósito uma discussão teórica ou afirmar generalizações acerca das pessoas que vão se submeter à amputação de membros inferiores por doença arterial crônica. A tentativa é compreender a maneira como as pessoas que foram entrevistadas percebem-se e sentem-se diante da situação concreta em que se encontram, discutidas em sua singularidade e em articulações quando suas semelhanças o permitam.

Para desenvolver a análise do material, optei por iniciá-la pela escuta reiteirada das quatro primeiras partes da entrevista com cada paciente. Só então elas foram transcritas.

Este procedimento me permitiu compreender o posicionamento do paciente, acompanhar e verificar se ele pôde se modificar ao longo do internamento hospitalar quanto à doença, à amputação e ao retorno à comunidade.

A escuta assim procedida me possibilitou, antes de categorizar as respostas, vê-las no contexto mais global da experiência em curso. Não foi surpresa constatar que as respostas mais expressivas a algumas perguntas já formuladas estavam contidas naquelas oferecidas a outros itens, trazidas por outras associações, e assim eram mais reveladoras.

A apresentação do material será feita em três partes

distintas. Poderiam ser outras, mas a partir da experiência, creio que permitirá ao leitor o mesmo acompanhamento a que já me referi.

No capítulo V, estão discutidos os dados referentes ao curso de doença vascular, no que tange, ao tempo de evolução e circunstâncias de aparecimento; às medidas terapêuticas - leigas e científicas - utilizadas, e, principalmente às concepções elaboradas pelo paciente na tentativa de lidar com o adoecer.

O capítulo VI, trata da atual experiência hospitalar e comporta o estudo das vivências do internamento e da comunicação da amputação, as expectativas do ato cirúrgico e sua repercussão na vida futura. E, por fim, são analisados as perspectivas e os planos para o futuro, por ocasião da alta.

No capítulo VII, estão os dados obtidos na visita feita ao paciente, em seu domicílio, e são verificadas as condições em que ele se encontra, principalmente em que proporção pôde, ou não, retomar a sua condição anterior à amputação conforme seu planejamento.

Todo o material colhido no trabalho provém das entrevistas com o paciente. Nenhuma outra pessoa foi entrevistada formalmente. Qualquer discussão desenvolvida está baseada nesses dados e referenciada nos autores contemporâneos que se dedicam ao estudo do tema em apreciação.

O leitor poderá dispor do registro das entrevistas realizadas com as pacientes 7 e 8, nos anexos 1 e 2, respectivamente.

## CAPITULO QUINTO

V- A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA.....	104
V.1- A DOENÇA É IGUAL À DOR.....	104
V.2- TEMPO DE EVOLUÇÃO/CIRCUNSTÂNCIAS DE APARECIMENTO	106
V.3- OUTRAS DOENÇAS E A RELAÇÃO COM A DOENÇA ARTERIAL	107
V.4- TEORIAS ACERCA DA DOENÇA.....	110
V.4.1- CONTESTAÇÃO / ACEITAÇÃO DAS TEORIAS CIENTÍFICAS.....	115
V.4.2- RELAÇÃO PARCIAL COM A DOENÇA.....	117
V.4.3- UMA TEORIA ESPECIAL.....	118
V.4.4- "E EU NÃO FIZ MAL A NINGUÉM...".....	120
V.5- TRATAMENTO CASEIRO.....	121
V.6- TRATAMENTO MÉDICO.....	122
V.7- GRAVIDADE DA DOENÇA.....	125

## V- A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA

### V.1- A DOENÇA É IGUAL À DOR

A atitude autoprotetora peculiar ao homem que se sente doente caracteriza-se por um profundo desinteresse em relação ao mundo circundante, principalmente naquilo que não esteja relacionado ao seu sofrimento (FREUD, 1914). Sabe-se também que o sinal mais relevante na experiência do adoecer é sempre a presença da dor. É para o alívio da dor que são mobilizados os primeiros cuidados, no sentido de restabelecer a saúde.

A dor, particularmente aquela de caráter agudo, tem um claro objetivo: é um sinal que alerta sobre o perigo. A dor crônica é diferente não apenas quanto à duração; ela é diferente fundamentalmente quanto à elaboração emocional.

A este respeito, TRICK (1986) afirma que a dor aguda está associada à idéia de uma causa que pode ser aliviada a partir de cuidados adequados. Porém, se ela não cede e se torna crônica, nova elaboração tem lugar.

A dor crônica faz presente a aflitiva idéia de que algo no organismo continua indo mal, apesar das medidas já instituídas. A angústia vai se intensificando pelo sentimento de fracasso e pela perspectiva do agravamento das causas da dor.

Vencido no combate e sentindo-se impotente, o paciente está desesperançado e desconfiado de novos tratamentos propostos.

Quando perguntei aos pacientes qual a idéia que tinham de sua doença, foi possível observar que para eles a doença é igual à dor.

É a sensação dolorosa a primeira, a mais frequente e a mais enfática de suas queixas. É ela o que lhes impede de caminhar, de dormir, retira-lhes o apetite e a esperança. A dor não os deixa pensar, priva-os dos sentidos e mobiliza tentativas de alívio, muitas vezes desesperadas, comportando algumas delas ideação suicida.

Aqui estão alguns dos depoimentos mais reveladores:

*... ela queima, queima parece até uma barra de ferro que está lá dentro e eu vejo que vai apodrecendo o pé. Na hora da dor maior, se eu tivesse uma arma, eu metia ela na cabeça ou na boca. (Paciente 1)*

*Toda doença é a dor. (Paciente 8)*

*... Eu estou desesperado. A dor é tão grande que tem horas que eu sumo, nem sei onde estou. De dia não durmo, de noite não durmo, com tanta dor. Essa dor de gangrena é triste. Ontem o curativo parecia um banho ardente. (Paciente 3)*

*Eu tô sofrendo com essa perna... eu não posso andar, não tenho firmeza no pé. Do lado de fora é uma casca e por dentro é uma dor horrível. É uma coisa muito feia esse meu pé arruinado. (Paciente 6)*

*É uma doença que dói de dia e de noite, não me deixa pensar em nada, não quero nada, só pensar na dor. (Paciente 4)*

*Era uma dor tão grande embaixo da unha que eu peguei uma tesoura e cortei um pedaço bem grande da unha até sair sangue. Eu pensava que quando o sangue saísse a dor saía também. Não tem mais o que possa passar essa dor. (Paciente 11)*

Invadida pela dor e por sentimentos de desânimo e impotência, a pessoa acometida de doença arterial periférica crônica dirige todo o seu interesse às tentativas capazes de aliviar o sofrimento.

Nos depoimentos acima, vimos como a dor é o cartão de apresentação da doença. Através da sua caracterização, o paciente consegue sintetizar a experiência do adoecer. Posteriormente, o que veremos, mais nitidamente, é como ela conduzirá inexoravelmente à aceitação do tratamento radical proposto.

## V.2- TEMPO DE EVOLUÇÃO/CIRCUNSTÂNCIAS DE APARECIMENTO

O tempo de evolução é muito variado. O mais longo é de 13 anos. Apenas duas pessoas referiram seu início há dois meses (Pacientes 5 e 12).

o paciente 1 relata o início há um mes e quinze dias, mas quando o relaciona a um episódio anterior, verifica-se que sua evolução está próxima de um ano.

*... ele (o pé) está doente há um mes e quinze dias e comecei a pensar que era a mesma coisa do outro dedo que eu cortei há dez meses. O outro ficou doente uns 'par' de meses antes de cortar.*

Observa-se também que as circunstâncias de aparecimento das primeiras manifestações da doença permanecem bem vivas na memória dos pacientes, como nos relatos que se seguem:

*Caiu uma porta no meu pé, bem em cima dele, e também eu estava todo molhado da chuva. Tinha bebido muito naquele dia. (Paciente 1)*

*Faz uns três meses. Eu ia pra igreja, começou a doer e a crescer um caroço na perna, e aí eu não podia mais andar. (Paciente 4)*

*Faz uns dois meses ... eu ia na feira com a minha mulher e não aguentei chegar lá, me sentei na rua mesmo. Aí voltei pra casa e cada vez saía menos, meu andar foi diminuindo, diminuindo, até que dói mesmo parado. (Paciente 12)*

*Faz uns treze anos. Eu ia pro trabalho, o ônibus quebrou e pra não chegar atrasado eu fui andando, aí doeu a barriga da perna. Eu pensei que era cãimbra, parei, melhorou, mas quando eu voltava a andar ela piorava. (Paciente 3)*

### V.3- OUTRAS DOENÇAS E RELAÇÃO COM A DOENÇA ARTERIAL

Com indagação sobre outras doenças, o objetivo primeiro era saber se os pacientes já lidavam com a experiência de doenças de curso crônico, uso diário de medicação e/ou restrição alimentar imposta por dietas especiais, e se podiam estabelecer alguma relação entre eles e a doença vascular.

Foram feitas referências à *pressão alta, coração dilatado, coração crescido, diabete, enfisema pulmonar, constipação intestinal, e reumatismo.*

O relato de pressão alta, como doença, não foi feito espontaneamente. De modo semelhante, o uso de diversos tipos de medicação anti-hipertensiva, associada ou não à alimentação com restrição de sal, não foi alvo de queixas. Pouco valorizado como doença ou algo capaz de induzir à doença, a pressão alta não foi relacionada ao quadro clínico atual

Diferentemente, os pacientes diabéticos falavam espontaneamente de sua doença e com queixas mais incisivas quanto às restrições dietéticas e ao uso diário de hipoglicemiantes orais e/ou insulina. De modo semelhante, no entanto, não consideravam o diabetes causador de seus problemas vasculares.

O paciente S. hipertenso, realça a cardiopatia (isquêmica e provavelmente também dependente do processo aterosclerótico) como a doença incapacitante que motivou a sua aposentadoria por invalidez, mas não firma qualquer ligação com a doença atual. Ele diz:

*Sofro do coração há dez anos e não pude mais trabalhar, aí me aposentei. Essa doença do coração me desmoraliza e não tinha mais vontade de fazer nada, só queria estar sentado, não tinha mais coragem, mas não tem nada a ver com essa.*

De modo geral, os pacientes hipertensos e diabéticos não estabeleceram relação entre a hipertensão arterial e o diabetes com a doença arterial periférica.

Alguns discordam de informações médicas recebidas, principalmente os tabagistas e os diabéticos, mais especificamente

os que relatam transgressão às recomendações dietéticas e de abstinência ao hábito de fumar.

*Pressão alta não é, porque o sangue fica forte, eu acho. (Paciente 3)*

*Os médicos acham que é do diabete. Eu não acho não. (Paciente 6)*

*Não acho nada. Os médicos dizem que é do cigarro. Eu não sei. (Paciente 11)*

*Com a diabete, não sei não. Nunca pensei nisso. O médico diz que é. Sei não. (Paciente 7)*

Com essas declarações os pacientes parecem dizer: eu nego, eu não quero ter esse conhecimento. Pode-se especular que essa discordância tenha como objetivo primordial o alívio de sentimentos dolorosos que experimentam, relacionados à eclosão, manutenção ou agravamento do quadro clínico.

Para melhor compreensão desses achados, duas considerações se fazem necessárias. A propósito dos sentimentos de culpa entre os diabéticos amputados, ARNOLD (1969) afirma que estão conscientemente vinculados à negligência quanto às restrições dietéticas, e mesmo aqueles que seguiram cuidadosamente os regimes, sentiram seus esforços insuficientes para prevenir a perda, sugerindo que mecanismos inconscientes atuam decisivamente.

Quanto ao discurso em forma negativa, FREUD (1925) já alertava que o conteúdo de uma imagem ou idéia reprimida pode abrir caminho até a consciência, com a condição de que seja

*negado*. Neste sentido, talvez seja possível compreender, a partir das declarações dos pacientes, que a relação positiva, possível, entre a doença vascular e as outras condições é estabelecida, mas está expressa de forma negada. Nos casos estudados, sentimentos de culpa inconscientes podem motivar declarações em negativa como forma de defesa.

#### V. 4- TEORIAS ACERCA DA DOENÇA

Um distúrbio orgânico, de qualquer natureza, pode representar ameaça à integridade física e à vida. Esses temores levam o homem a reagir intelectual e emocionalmente. Utilizando-se de seus conhecimentos ele desenvolve teorias de causa e efeito, ao mesmo tempo em que exhibe um estado afetivo em concordância com suas preocupações.

Em graus variáveis, mas sempre presente, a regressão é o mecanismo característico que permeia esta reação de personalidade, proporcionando um funcionamento mental mais primitivo e, portanto, menos lógico. Como consequência natural, os conhecimentos intelectuais podem estar de tal forma impregnados de temor e angústia e seu uso racional tão prejudicado, que servirão à elaboração de fantasias, conscientes e inconscientes, de destruição parcial ou total do indivíduo. O resultado final estará determinado pelos graus em que participam os aspectos mágicos e lógicos na estruturação da personalidade (BLAYA, 1967).

Quando perguntei aos pacientes como eles pensavam sobre a doença e sobre o que a havia provocado, a intenção era buscar as

teorias que foram construídas e tentar identificar a participação maior ou menor da regressão a aspectos mais infantis.

Em suas respostas, os pacientes apresentaram as mais distintas teorias acerca da doença, e frequentemente o mesmo paciente ofereceu mais de uma para explicar o seu aparecimento.

Elas estão primeiramente relacionadas às questões mais cotidianas, tais como, as condições climáticas e as de trabalho:

*Pode ser que seja friagem do tempo quando eu trabalhava dentro da água e isso já faz muito tempo. (Paciente 5)*

*Essa perna tomou muita friagem ... eu vou amassar cimento, o concreto é quente e só vou lavar o pé de tarde, e quando a água bate, trinca a perna. O cimento é muito quente, é coisa muito quente. (Paciente 1)*

*Eu acho que foi mesmo daquela água com veneno que eu pisei lá no meu trabalho. (Paciente 12)*

Logo a seguir, o paciente 1 elabora e nega uma outra teoria, de maior gravidade, de etiologia contagiosa, utilizando um dado em grande evidência em nossos dias, associada a elementos que poderiam fazer pensar uma sexualidade imatura e culpada. Diz o paciente:

*Se der alguma coisa é que eu peguei alguma coisa que adoeceu a perna ... não tenho desconfiança nenhuma porque eu não saio com ninguém, não saio com mau elemento ou com mulherada que não me pertence ... não tenho medo porque isso daí é muito difícil, e nessa tal de AIDS eu nem penso.*

Também são utilizadas as experiências pessoais, como os momentos em que já estiveram doentes, seja da mesma patologia

(Paciente 1), ou de patologias diferentes mas que se assestaram nos mesmos segmentos corporais (Paciente 2).

*Pensei que era a mesma coisa do outro dedo.*  
(Paciente 1)

*... eu não sei ... já tive paralisia nas pernas, nos nervos da perna, era toda adormecida, não tinha firmeza ... só que essa é um pouquinho piorzinha.* (Paciente 2)

Entre as teorias apresentadas com base nas experiências pessoais com doenças anteriores, uma chama particularmente a atenção. Trata-se da associação a um episódio sem qualquer relação etiológica ou topográfica com a atual, mas que se revestiu de totalidade afetiva intensa, com importante repercussão. Vejamos o depoimento:

*Essa dor que eu tenho na perna ? ah! eu penso que é da anemia. Um doutor me disse que por causa da anemia que eu tive, eu podia morrer até andando ... eu me lembro, isso não sai da minha cabeça. A anemia dava uma fraqueza nos braços, no corpo, ele não podia se governar direito ... eu era nova e já tinha minhas crianças, depois da anemia não tive mais condição de ter filhos.* (Paciente 4)

Adoecer de anemia parece ter comportado uma experiência de intenso caráter persecutório. Anemia é algo que invade, desgoverna, enfraquece, esteriliza, que ameaça fortemente a vida e contra a qual a paciente não pode estabelecer qualquer proteção, pois *pode morrer até andando*. Quando a claudicação intermitente se instala, impedindo o caminhar, esse elemento persecutório reaparece de modo importante, talvez como o representante de antigas experiências de privação, de ameaça à vida, à integridade e à criatividade.

Uma outra teoria de doença que também merece destaque é a da paciente 7. Vejamos o que ela diz em resposta às perguntas formuladas quanto à idéia e quanto à etiologia da doença:

*Eu não imagino nada porque minha mãe, minha avó morreram com pernas de moça, não tinham nada de doença, nada. Só eu que sai assim, minhas irmãs também não têm. Eu não sei mesmo, nunca trabalhei fora, sempre em casa, fazia meus serviços mas tinha tempo pra repousar, não sei...*

Recorrendo à literatura encontram-se em KLEIN (1957) referências a dois sentimentos, a inveja e o ciúme, que podem estar envolvidos no discurso da paciente. Diz a autora que a inveja é o sentimento irado de que outra pessoa possui e desfruta de algo desejável - sendo o impulso invejoso tirá-lo dela ou espoliá-la. A respeito do ciúme, KLEIN afirma que ele se baseia na inveja... diz respeito principalmente ao amor que o indivíduo sente como lhe sendo devido e que lhe foi tirado, ou se acha em perigo de sê-lo, por seu rival.

Assim, a paciente parece estar falando de uma teoria de doença que repousa em primitivos sentimentos de inveja de algo bom, reconhecido como pertencendo à mãe e do qual se sente privada em benefício de suas irmãs. Irmãs, em relação às quais é possível pensar a menção de sentimentos de ciúme. A partir de seu relato, a doença vascular ( varizes ou a atual insuficiência arterial periférica ) pode estar sendo acompanhada de sentimentos de culpa inconscientes vinculados a ataques invejosos e de ciúme, vividos em relação a pessoas queridas.

Uma outra das pacientes relaciona a sua doença com a menopausa, avaliada como uma importante perda, perda da saúde, da

vitalidade, uma dramática entrada na velhice. Diz a paciente 2:

*Quando a regra parou, se acabou, deu paralisia, e agora isto. Talvez seja o sangue parado. Minha irmã, quando parou os tempos, também não pôde mais trabalhar, ficou com a mão dormente... quando a regra vai embora a gente é velha, e em velha tudo se complica.*

Já a paciente 6 descreve uma teoria de doença e de cura onde se acham fortemente presentes alguns dos elementos místicos de grande aceitação em nosso meio cultural. Refere a paciente:

*Eu penso tanta coisa, às vezes acho até que pode ser feitiço... é uma coisa muito grave esse meu pé. Já mandei até rezar e benzer... benzer a roupa que eu vesti para vir aqui e ver se alguma coisa dá certo*

Na busca de uma compreensão psicodinâmica da essência mesma da magia em seus significados e funções, GRINBERG lança mão dos conceitos de identificação introjetiva e identificação projetiva. Diz o autor: *Para adentrar nos mistérios da possessão pelos 'maus espíritos' e na necessidade de exorcizá-los veremos que, em última instância, se referem à fantasia de sentir-se invadido pelos maus objetos perseguidores que foram internalizados e sobre os quais estão projetados os próprios impulsos destrutivos (GRINBERG, 1970).*

As afirmações do autor têm valor universal, isto é, aplicam-se aos mais distintos rituais de magia, mas só poderão ser compreendidos individualmente, em função da análise dos componentes pessoais, específicos, como ele próprio adverte. Para a avaliação proposta no presente trabalho são mais significativas as influências, às vezes dramáticas, que tais formas de pensamento

mágico podem trazer para a conduta e o destino das pessoas.

No caso da paciente 6 observa-se que, embora estejam presentes como concepção e conduta valorizadas emocionalmente, as crenças mágicas não impediram a procura por um tratamento cientificamente orientado, revelando uma convivência cujo equilíbrio privilegiou os aspectos mais lógicos do pensar.

#### V.4.1- CONTESTAÇÃO/ ACEITAÇÃO DAS TEORIAS CIENTÍFICAS

A possibilidade de aceitar, ou não, a explicação científica acerca da doença oferecida pela equipe terapêutica, mostra-se muito mais a serviço do alívio da ansiedade e, desta forma, estreitamente vinculada às questões emocionais, que propriamente à capacidade de compreensão intelectual, como veremos nos depoimentos a seguir:

*Os doutores acham que é trombose... eu não sei. Eu penso que é fraqueza no nervo da perna. (paciente 4).*

*Eu não pensava em coisa ruim, câncer né, essa doença que mata, nisso eu não pensava não. Os médicos dizem que é má circulação do sangue. Eu acho mesmo que é. Tem gente que tem essa doença, eles até cortaram a perna e dizem que é má circulação. (Paciente 9)*

Pode-se, talvez, formular a hipótese de que a contestação da explicação trombose repousa em que este termo esteja popularmente, quase sempre, associado à noção de trombose cerebral e, neste contexto tenha uma repercussão mais grave, mais incapacitante, quando se consideram as sequelas a ela

relacionadas. Assim, a idéia de fraqueza e principalmente localizada no nervo da perna, assume a conotação de menor gravidade.

A outra paciente nega a sua própria hipótese, que parece mais grave, câncer, na ótica leiga uma doença de evolução fatal, uma sentença de condenação à morte, e aceita outra, a má circulação, uma doença limitante mas com sobrevida assegurada, e afirma: *eles (as pessoas que eu conheço) até cortaram a perna...* E eu especulo se tal afirmação poderia ter a seguinte conclusão: mas estão vivos para me dizerem que é má circulação.

Nas teorias onde a doença parece ser considerada a expiação de situações conscientemente vividas como culpadas no passado, também é possível identificar a aceitação e constestação das concepções científicas apresentadas. Vejamos os depoimentos abaixo:

*Um médico disse que era coisa do tempo que eu tomava cachaça, que era provocada pela cachaça. (Paciente 1)*

*No meu caso eu fumava e os médicos acham que foi coisa do cigarro. (Paciente 8)*

Verifica-se, no entanto, que o paciente 1 aceita mais facilmente essa condição, quando afirma:

*...acho que tudo é mesmo coisa da cachaça, ela estraga até fígado de boi, imagine se não estraga um dedo.*

Já a paciente 8 , talvez para mitigar a sua parcela de culpa, conclui:

*... mas depois, quando eles foram ver direitinho tem problema do cigarro, mas ao mesmo tempo não tem, porque a minha artéria é a metade das artérias das outras pessoas.*

#### V.4.2- RELAÇÃO PARCIAL COM A DOENÇA

Em vários relatos observam-se as expressões: *ele (o pé) está doente... ou ela (a perna) está doente...* . Parece tratar-se da busca da dissociação, da fragmentação mente-corpo e também das partes do corpo, um *splitting*, isolando magicamente todo o adoecer ao localizá-lo naquele determinado segmento corporal. É então o pé ou a perna o que está doente, não ele ou ela (a pessoa) quem está enferma. Este mecanismo, proporcionando um controle sobre a parte doente, mantém controlados os aspectos persecutórios que poderiam estar envolvidos no adoecer.

*Se o exame der alguma coisa é porque eu peguei alguma coisa que adoeceu a perna...*  
(Paciente 1)

*... ele (o pé) está doente há um mes e quinze dias...* (Paciente 1)

*Já faz seis meses que eu comecei a desconfiar que o pé estava doente.* (Paciente 2)

*Faz mais de um ano que ele (o pé) está doente.* (Paciente 9)

O relato que veremos a seguir se diferencia nitidamente dos anteriores, por expressar maior integração e a consideração por atitudes de reparação. A paciente 8 que é fumante costumaz, apesar das recomendações médicas de abstinência, após oscilar entre a influência do cigarro, a importância do calibre de suas artérias e a falta de assistência médica como fatores contribuintes às manifestações de isquemia periférica, integra os aspectos dissociados e em outra ocasião conclui:

*Ao mesmo tempo, eu penso que é meu, eu passo. Ninguém passaria isso por mim a não ser eu mesma, que é uma coisa minha ... faz cinco anos que eu estou doente e me tratando sempre.*

#### V. 4. 3- UMA TEORIA ESPECIAL

De todo o grupo de pessoas entrevistadas, uma paciente desperta particular interesse, não só pelo caráter irrealista de sua teoria em relação à doença, mas principalmente pela aparente tranquilidade com que a descreve. Informa a paciente 10:

*... eu tenho uma filha atrapalhada do juízo e fiquei assim por causa dela. Foi muito sofrimento pra mim. Ela se internou em hospitais de nervo, ela não melhorava, tava desenganada. Ai eu pensei, ah! meu Deus, se é pra minha filha ficar desse jeito, que venha tudo pro meu lado. Ai eu fiquei assim ... foi porque eu pedi a Deus e agora ela está boa. Acho que foi o nervoso dela que passou pra minha perna. ... e quando eu operar vou ficar boa.*

Dois aspectos chamaram a atenção. O primeiro é a crença, expressa pela paciente, de que a doença seja o resultado de uma barganha estabelecida com Deus. Descrita por KUBLER - ROSS (1985) como uma das etapas vividas pelo paciente em seu lidar com a morte

e experiências traumáticas do viver, a barganha, segundo SANTOS (1980) contém, quase sempre *sentimento de culpa manifesto no teor da promessa, desejo de fundamentar a racionalização e desmoralizar a realidade produzindo uma pausa na doença ou no tratamento e pensamento mágico traduzido pela negação e regateio com divindades*. A relevância do papel que a culpa inconsciente desempenha nesse processo é também ressaltado por KÜBLER - ROSS, quando ela adverte que quando a meta escolhida já foi atingida, novas promessas continuam a ser impostas pelo desejo de punição *causado por culpas excessivas*.

A partir dessas considerações pode-se especular que a teoria elaborada pela paciente 10 contenha aspectos de negação da gravidade da doença e das repercussões que a amputação venha causar em sua vida. Assim, enquanto a *loucura* da filha é intratável e representa a fonte de sofrimento insuportável, a *perna* também desenganada é passível de tratamento. O sofrimento emocional, a *loucura* intolerável, dá lugar ao sofrimento físico tolerável, localizado e mantido controlado.

O segundo aspecto é a tranquilidade que acompanha o relato e me parece estar em discordância com a situação concreta em que a paciente se encontra, mas talvez em sintonia e em resposta à teoria elaborada. Aí então, a tranquilidade pode estar traduzindo a resignação de que a amputação, em perspectiva, esteja representando a justa e merecida punição, que permanecerá como a marca indelével de expiação, vinculada a possíveis sentimentos de culpa, contidos na barganha. A amputação pode assumir o caráter simbólico de expiar a culpa, oferecendo a cura para o sofrimento real e fantasmático. A tentativa desesperada de evitar um contato com aspectos seus, sentidos, quem sabe, como *loucos e desenganados*

#### V.4.4- "E EU NÃO FIZ MAL A NINGUÉM..."

Alguns pacientes com maior tempo de evolução da doença já adquiriram conhecimentos, através das informações médicas, que lhes permitem tecer comentários a respeito da patologia arterial mais próximos das teorias cientificamente orientadas, mas ainda se queixam de carência de informações.

Dizem estes pacientes:

*Tem que vir de uma substância que encosta na parede das veias e o sangue não passa direito, vem cada vez mais fininho, até que entope de vez e aí pára. É a coisa mais ruim do mundo... (Paciente 3)*

*É má circulação do sangue. O sangue não funciona direito, ela pára e o pé vai apodrecendo. Não sei o que provocou a doença, mas é da circulação do sangue. (Paciente 9)*

*Pra tanto tempo que eu sofro, eu já sei que é a circulação do sangue que pára, mas o que faz ela parar eu queria saber. (Paciente 11)*

A influência marcante de aspectos regredidos na concepção global do adoecer, se mostra mais uma vez presente quando o paciente 3, de todo o grupo aquele que há mais tempo lida com a doença, conclui:

*... e eu não fiz mal a ninguém.*

## Y.5- TRATAMENTO CASEIRO

Baseados em suas teorias acerca da doença, vários pacientes iniciaram algum tipo de tratamento antes de procurarem assistência médica.

Estes tratamentos eram quase sempre à base de compressas quentes, banhos e chás de ervas, aplicados às extremidades ou ingeridos. Foram motivados, segundo os pacientes, pela queda da temperatura corporal ao nível dos segmentos atingidos e pela sensação de frio e dificuldades para aquecê-los.

*A minha mãe fez uma mistura de cânfora, urina, fumo e outros matos. Ponzava em cima e ardia que nem fogo e esquentava.*  
(Paciente 1)

*Tomava chá caseiro que o povo falava que era bom, era chá de sete sangrias, uma planta.*  
(Paciente 2)

*Tomava chá de erva que tenho no meu quintal. Tomei muita coisa quente pensando que era friagem.* (Paciente 5)

A falência dessas medidas se constitui na primeira frustração vivida pelo paciente quanto aos tratamentos efetivados no combate à doença.

Em um tempo variável que se relaciona, por um lado com o grau de onipotência com que reveste os seus tratamentos, o medo do diagnóstico, receio da terapêutica mais agressiva e, em contrapartida, com o agravamento do quadro clínico no aparecimento das lesões tróficas e/ou na intensificação da dor, o paciente vai

em busca de tratamento médico.

Talvez seja possível compreender que para algumas pessoas esse encontro, que é motivado pelo fracasso de suas tentativas de tratamento, é acompanhado da projeção, na equipe terapêutica e principalmente na figura do médico, dos sentimentos onipotentes que estão presentes na dependência do maior ou menor grau de regressão.

*Faz sete meses que eu estou sofrendo com a perna, e tomando chá e fazendo compressas ... parece que não deu certo ... meus filhos me fizeram muito medo pra me levar no médico, mas eu não queria. Médico não é bom, tudo o que eles fazem dói na gente. Mas eu não aguentava mais a dor, aí vim aqui pra ficar boa. (Paciente 9)*

#### V.6- TRATAMENTO MÉDICO

Os sentimentos mais facilmente expressos diante do tratamento médico são de pessimismo, descrença e desesperança, tendo em vista a longa evolução e as várias medidas terapêuticas instituídas até então, sem os resultados satisfatórios esperados, apesar de todos os seus esforços

*Fui ao médico. Ele passou dieta de pouco sal, de pouca gordura, sem fritura, tudo só cozido; eu fiz tudo direitinho. Fiz exames, já fiz enxertos, mas nada deu certo. Isso tudo desde a primeira vez há mais de treze anos. Já fiz uma amputação; é, eu já perdi uma perna! Agora tá tudo ruim de novo, a outra perna já está arruinada. Dá resultados mas é pouco, não é totalmente, não curou, não é? Eles só dizem que a solução final é difícil, eu já não sei no que acreditar. (Paciente 3)*

*Fiz tudo o que os médicos mandaram; simpatectomia, tirei metade do dedo, depois o dedo inteiro e não tá dando certo, resultado nenhum. (Paciente 8)*

*Já fez cinco anos que eu me trato, curativo, antibiótico, remédio pra dor. Já tirei o dedo há um ano e meio e nada resolve. Essa dor não passa, mesmo com remédio de hospital não melhora. (Paciente 10)*

*Sempre fiz tratamento médico. Já operei essa perna seis vezes e não tem resultado. Eu acho sempre igual, eu me interno, eles tratam, operam, e eu vou embora e volto do mesmo jeito com a dor de sempre. Eu já perdi a esperança. (Paciente 11)*

Em alguns pacientes, a busca no tratamento da cura mágica e onipotente vai aos poucos dando lugar a sentimentos de descontentamento e raiva, mobilizados e mantidos pela frustração reiterada de expectativas irrealistas, e impotência diante da evolução da doença. O médico investido na figura do *salvador*, aquele que possui o poder da cura, passa ao papel de *perseguidor* na medida em que a cura não se dá. A relação que o paciente estabelece fica, então, impregnada da desconfiança de que o tratamento não foi executado de modo eficiente, mas de forma relapsa e pouco cuidadosa, não recebendo a atenção necessária. Vejamos alguns relatos:

*Foi remédio pra dor, pra desinflamar. Eu acho que o tratamento foi fraco. Devia ter feito outras coisas (Paciente 6)*

*Tomei bastante injeção, o doutor mandou usar meia, ficar com a perna pra cima, mas voltou tudo de novo e também na outra perna. O tratamento não deu certo, não deu resultado, devia ter feito outras coisas, outros tratamentos e eu não estava aqui.*  
(Paciente 4)

*Se tivesse tido mais assistência médica não tinha chegado a isso.* (Paciente 8)

A angústia experimentada parece, segundo os relatos, muitas vezes ser aliviada através da volta que o paciente faz aos seus hábitos tóxicos, principalmente ao tabagismo, o que por sua vez agrava o quadro clínico, gerando mais ansiedade e culpa.

Os médicos parecem perceber a interrupção da abstinência como rebeldia a aceitar as suas recomendações e o paciente passa a ser visto como um indisciplinado. Alguns profissionais acreditam que um meio de neutralizar a indisciplinação pode ser o esclarecimento maciço dos riscos de agravamento da doença diante da manutenção do hábito de fumar.

O que se observa é que alguns pacientes percebem nesse tipo de orientação a ameaça de interrupção do tratamento, o que mobiliza intensos sentimentos de rejeição, dificultando ainda mais a relação terapêutica com a emergência de sentimentos de retaliação.

*Eu fumei e o doutor disse que eu ia perder as duas pernas se não parasse o cigarro ... o cigarro é minha única distração ... sei não, se ele não quiser mais me tratar, fazer o que, né? Brigar com ele é que eu não vou.*  
(Paciente 1)

*Fico nervoso e fumo ... os médicos não sabem o que é ficar sentado, pensando ... sem poder fazer nada. (Paciente 3)*

*O doutor disse que se eu quiser ficar bom vou ter que parar de fumar, senão, não vai dar certo e doente rebelde ele não trata, nem se interna mais aqui, disse que não vai ter vaga. (Paciente 11)*

O que os médicos parecem desconhecer é que fantasias inconscientes carregadas de fortes sentimentos de culpa, quase sempre acompanham a angústia e motivam o paciente à adoção involuntária de um regime de vida nocivo, à guiza de castigo. Como consequência, as prescrições médicas não são bem aproveitadas e há agravamento das condições pré-existentes. A compreensão acerca da natureza e de alguns significados patogênicos dessas fantasias auxiliariam o médico ao redirecionamento da abordagem junto ao paciente (TRACTENBERG, 1986).

#### V.7- GRAVIDADE DA DOENÇA

Na avaliação da gravidade da doença, os pacientes utilizam critérios bastante variados. Alguns recorrem ao grau de incapacidade que ela promove ou à necessidade de internamento hospitalar.

*Ah ! Só Deus é quem sabe, mas eu sei que não é muito bom não, uma doença que a gente não pode andar não pode ser bom. (Paciente 4)*

*Acho que é coisa grave, se não fosse eu podia estar em casa, não é ? (Paciente 6)*

*Ah ! Uma doença que dói dia e noite é sempre grave. Veja o estado que eu estou agora, meses e meses na cama, tratando e não resolve nada ... pra mim é grave. (Paciente 7)*

Para outros, a gravidade de uma doença está relacionada com a possibilidade da morte, e por não considerarem a doença vascular como fatal a avaliação é mais otimista quando comparada a outras.

*Essa aqui não é coisa grave de matar e levar a pessoa, mas é pra sofrimento, não é fácil. (Paciente 3)*

*Grave mesmo não, porque eu acho que não vou morrer dela não, mas dói, incomoda e é doença feia. Doença feia é aquela que fica aberta ... exposta. (Paciente 12)*

Para outros ainda, a gravidade está relacionada com a longa evolução e o sofrimento, quando a dor sem alívio é o fator preponderante.

*Olhe, pelo tamanho da dor só pode ser coisa grave, mas eu não tenho nem condições de pensar, só chorar de dor. (Paciente 8)*

*Só pode ser, depois de tantos anos sem uma resolução, não pode ser doença boba; exames, operação, nada dá certo, é coisa grave sim. (paciente 11)*

A paciente 5 estabelece como critério para avaliação a dificuldade de conclusão diagnóstica, enquanto o paciente 1 evoca a hipótese de não ser grave por não ter etiologia infecciosa.

*Por enquanto tá sendo grave porque depois de todos os exames que o doutor fez ainda não se descobriu onde a doença está. (Paciente 5)*

*Não, não é grave. Não pode ser porque eu nunca tive doença contagiosa até hoje. Graças a Deus nunca aconteceu nada comigo de errado. (Paciente 1)*

Dos critérios utilizados para a caracterização da gravidade da doença, apenas um se constituiu voz unânime. Todos os pacientes se queixaram das limitações que a doença trouxe aos mais amplos aspectos da vida diária, traduzindo-se em perdas pessoais, profissionais e sociais.

*O meu dia-a-dia depois da doença ? Não faço mais nada minha filha. Não faço uma visita, não vou a feira, não vou nem na igreja. (paciente 2)*

*Se eu já fazia pouca coisa depois que perdi a minha perna, depois que essa outra perna ficou doente, aí foi que tudo piorou porque eu não tenho ânimo pra fazer nada. (Paciente 3)*

*Passear, ir na minha igreja, trabalhar no meu jardim que eu gosto tanto, desde que adoeci nunca mais pus os pés lá. (Paciente 4)*

*Eu larguei de trabalhar quando o dedo arruinou. Pedreiro, né, não trabalha com o dedo doendo daquele jeito, nem na Praia Azul eu vou, nem na casa do meu tio jogar futebol (Paciente 1)*

*Aquela água de veneno apodreceu o pé e larguei do serviço. Agora só fico em casa, deitado. A mulher traz a comida e eu como e pouso na área. Conforto né ? (sorri ironicamente) Eu não gosto disso, eu queria era tá no serviço, fazendo um ganchinho. (Paciente 12)*

*Depois da doença não faço meus serviços. Meus filhos é tudo ao Deus dará ... Meu Deus, não faço mais nada, é só pedindo as coisas na mão. É um desespero. (Paciente 7)*

A pessoa acometida de arteriopatia periférica crônica associa à doença uma história de dor, perdas, fracasso, e invalidez, que se prolonga por um tempo maior ou menor, mas quase sempre longo.

Na apresentação da sua experiência do adoecer a dor é o elemento de maior evidência, o representante do sofrimento. Mas, quanto aos membros, descritos como *apodrecidos* e *arruinados*, expressões que traduzem a idéia de desvalorização, desvitalização, não se pode esquecer que ao longo do tempo têm sido as partes do corpo para onde converge o interesse do restabelecimento da saúde e, por isso mesmo são alvos de maior atenção e cuidados. Nesta situação, dentro do esquema corporal, o membro isquêmico se oferece como o elemento privilegiado, mobilizador de fantasias e sentimentos, que certamente variam amplamente para cada indivíduo, mas concorrem para que o órgão esteja supervalorizado, adquirindo

novo significado na complexa dinâmica da realidade interna.

O campo conceitual que o paciente forma em torno da doença arterial está delimitado ora por considerações que se aproximam das informações cientificamente orientadas, ora por teorias que eles próprios elaboraram na tentativa de explicar o seu aparecimento e resultaram da experiência interna do adoecer.

No que concerne às informações médicas, a utilização se revelou precária. Talvez atendendo às necessidades de minimizar a angústia, os tabagistas e diabéticos contestaram que as transgressões à abstinência do hábito de fumar e à dieta hipoglicemiante possam determinar o agravamento do quadro clínico. Mas, ao lado dessas resistências, algumas pessoas mostraram pequeno conhecimento acerca da doença e queixando-se desta carência, muitas vezes, me dirigiam perguntas para clarear suas dúvidas.

Em suas teorias, o paciente vê na doença arterial o resultado de envenenamento, barganha com divindades, *mau olhado*, ou então, manifestações ligadas à menopausa, às condições climáticas e a doenças infecciosas. Tentativas de compreensão levam a pensar que, regressivamente, o adoecer parece ter mobilizado onipotentes fantasias de aniquilamento e destruição, talvez pelo que foi sentido serem ataques destrutivos vorazes, de inveja e de ciúme, e sentimentos de culpa inconscientes exigindo punição.

Quando falavam dos tratamentos anteriormente realizados, os pacientes deixavam bem claro os sentimentos de descrença e desesperança quanto às possibilidades de manutenção do membro. Estavam frustrados diante de tantos exames, dietas, curativos, enxertos e até amputações anteriores, sem que os resultados

trouxessem o restabelecimento da saúde física e o resgate das perdas pessoais associadas ao adoecer.

Depositária também da projeção de aspectos idealizados na busca da cura mágica, pareceu que a relação estabelecida com a equipe médica esteve impregnada da desconfiança quanto à eficiência do tratamento e não raro os pacientes diziam sentir-se rejeitados e mal cuidados. Por outro lado, a equipe pode ter respondido com irritação e impotência, sem manejar as possibilidades de compreensão dos seus próprios sentimentos, optando pelo esclarecimento maciço dos riscos de agravamento da doença, como a forma mais adequada de obter melhor participação do paciente no tratamento. Infelizmente, este procedimento não se mostrou produtivo, ao incrementar sentimentos de rejeição e mobilizar atitudes de retaliação. Enfim, tais condutas com tais pacientes não parecem ter dado certo.

Por fim, a patologia arterial foi avaliada pelos pacientes, unanimemente, como uma doença grave, tendo em vista as limitações pessoais, sociais e profissionais que impôs, modificando amplamente a sua relação consigo próprio e com os outros. Foi responsabilizada pela situação de dependência familiar em que se encontravam, isolamento social e prejuízo financeiro, em relatos que se fazem acompanhar do sentimento de fracasso e invalidez.

## CAPITULO SEXTO

VI- A EXPERIÊNCIA HOSPITALAR.....	132
VI.1- O INTERNAMENTO HOSPITALAR.....	132
VI.1.1- O AFASTAMENTO DO LAR.....	132
VI.1.2- O MOTIVO DO INTERNAMENTO.....	135
VI.2- O PRÉ-OPERATÓRIO.....	142
VI.2.1- A COMUNICAÇÃO DA AMPUTAÇÃO.....	142
VI.2.2- AS EXPECTATIVAS DA CIRURGIA.....	147
VI.2.3- OUTRAS SITUAÇÕES DE PERDA.....	151
VI.2.4- AS FONTES DE APOIO.....	153
VI.2.5- O NÍVEL DE AMPUTAÇÃO.....	155
VI.3- VIVÊNCIAS DA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA.....	156
VI.4- A ALTA HOSPITALAR.....	159
VI.4.1- OS PLANOS PARA O FUTURO.....	160
VI.4.2- A EXPECTATIVA DE RETORNO DA DOENÇA.....	161

## VI- A EXPERIÊNCIA HOSPITALAR

### VI.1- O INTERNAMENTO HOSPITALAR

As expectativas e atitudes desenvolvidas pelos pacientes diante do internamento hospitalar foram investigadas com relação a duas questões: a vivência do afastamento do lar e o nível de compreensão da informação recebida quanto ao motivo do internamento.

#### VI.1.1- O AFASTAMENTO DO LAR

O internamento, no que se referiu ao afastamento do lar, foi descrito como uma situação à qual estão predominantemente vinculados sentimentos de estranheza e falta de autonomia, além de queixas de inatividade e isolamento social. Este último, diretamente relacionado à saída do seu meio ambiente e ao tratamento impessoal recebido no hospital.

Embora grande parte desses sentimentos seja creditada à reação esperada diante de uma rotina hospitalar a ser necessariamente cumprida, uma visão mais próxima sugere que o paciente não se sente participante ativo e colaborador dos procedimentos desenvolvidos, pelo contrário, ele se percebe

envolvido passivamente diante de uma situação imposta.

*Eu acho muito ruim. Eu estou acostumado em casa, almoço na hora que tenho fome e tomo banho na hora que estou com calor. Aqui a gente é uma pessoa que não manda em nada. Aqui tem horário pra tudo. A gente é obrigado a fazer um bocado de coisa na hora que não quer, nem acha que precisa. A enfermeira diz vai tomar injeção, a gente toma... vai fazer exame agora, a gente faz. (Paciente 1)*

*Quem é que não acha ruim estar fora de casa? A casa da gente por menos que seja é melhor que a casa de pai e mãe, imagine se não é melhor que hospital. Na casa da gente, se não gosta de uma comida, fala e vem outra, e quando não tem apetite isso já ajuda. Aqui não é assim... eu olho a comida e digo: volta (Paciente 5)*

Mais perturbadores parecem ser a compreensão da impotência para cuidar de si mesmo com os recursos do ambiente doméstico, e os sentimentos de solidão, desânimo e estranheza, mesmo percebendo-se atendido em outras necessidades identificáveis, como é possível observar nos relatos das pacientes abaixo:

*Eu acho horrível mas tem que ser, eu não posso estar em casa assim. Aqui tem enfermeiras, remédios e curativo. Se pudesse enfrentar sozinha eu preferia estar na minha casa (Paciente 6)*

*Já estive internada muitas vezes e é muito ruim estar fora de casa. Aqui, o pior é que eu fico muito sozinha. Estou desanimada, eu não aguento dia e noite deitada na mesma posição. Pra uma mulher que nunca se deita de dia pra descansar se ver nessa situação é duro. Não poder levantar, não poder pegar nada sozinha, tudo na base da ajuda é duro pra gente (Paciente 7)*

*Aqui é tudo bom mas não pode ficar ninguém da família e isso é muito ruim... eu estranho (Paciente 9)*

Nos internamentos mais prolongados ou repetitivos as queixas maiores foram quanto à inatividade, situação vista como privilegiada para a elaboração de fantasias de caráter ameaçador, e o paciente estava menos perturbado pela rotina hospitalar.

*Eu já me internei 8 ou 9 vezes. Isto aqui é uma prisão. A gente aqui deitado dia e noite é terrível. Não tem nada pra fazer, nada com o que se distrair. É só olhando o teto e pensando na doença. (Paciente 11)*

*O pior é ficar deitado. Vá caçar uma pessoa que ficou deitado 10 dias embaixo das cobertas dia e noite. Você vai ver que ele perdeu uns pares de quilos de carne só de pensar nas coisas que vão acontecer (Paciente 12)*

As preocupações do paciente com os familiares e com os sentimentos deles parecem servir como expressão para o seu próprio temor, mais difícil de ser comunicado. Esta dificuldade se agrava quando se vê que muitas vezes não é possível ao paciente identificar claramente o responsável por seus cuidados e a quem dirigir sua confiança.

*Nunca estive num hospital mas aqui é bom, é bom mesmo. Só é ruim porque eu tô longe da minha mulher, tadinha, ela deve estar sofrendo tanto ... Eu só acho ruim estar preso feito passarinho. Não sei qual foi o médico que me fechou aqui, mas acho que foi pelo coração e pela vontade de tratar de mim. (Paciente 12)*

Outro exemplo da situação descrita acima pode ser visto no relato da paciente 4. Diz a paciente:

*Eu acho ruim. Não posso fazer nada, nem tomar conta das minhas coisas. Fico preocupada com aquela moçada tomando conta de casa, não é nunca como gente de idade, a gente compra as coisas certas. Não sei se eles estão fazendo certo. Mas, os médicos daqui são muito bons, e eu vou voltar logo pra casa.*

No relato, a dependência e a falta de autonomia reveladas na perda do controle sobre aquilo que considera *as suas coisas*, a paciente parece estar retratando como vive a sua situação no hospital. Um ponto de destaque é a preocupação com os cuidados que recebe. Penso que quando ela se refere à *moçada* pode também estar falando a respeito dos médicos residentes, principalmente quando se sabe que estes jovens médicos são aqueles que têm um contato diário e estão mais próximos da pessoa hospitalizada. A paciente pode estar se referindo a sua dificuldade para identificar, entre eles, a figura protetora capaz de inspirar a confiança que ela associa às pessoas mais velhas (*gente de idade*). Assim, aliada à perda de autonomia, está a desconfiança de não estar sendo cuidadosamente atendida. De qualquer forma ela tenta manter a sua esperança.

#### VI.1.2- O MOTIVO DO INTERNAMENTO

Sabe-se que as expectativas e atitudes desenvolvidas em relação ao internamento estão intrinsecamente ligadas a toda história do paciente, tendo origem, entre outros, nas suas experiências e no conhecimento indireto obtido junto aos familiares e amigos. Sabe-se também, no entanto, que o

entendimento mais real possível daquilo que se passa no presente tem indiscutível peso como material utilizado para lidar com a situação que se oferece.

O nível de compreensão da informação recebida se revelou precário. Não foi possível distinguir se são dificuldades próprias do paciente ou se ele está pouco informado quanto à indicação do internamento. O mais provável é que os dois fatores sejam complementares e se façam presentes.

Em alguns casos, o paciente havia sido informado da indicação de se submeter a uma cirurgia restauradora, cuja necessidade fôra avaliada nos atendimentos ambulatoriais. Para a grande maioria, o internamento se dava para concluir a avaliação e o paciente pensava na possibilidade de ser operado. Nenhum paciente recebeu a indicação de amputação para a efetivação do internamento hospitalar.

O conteúdo de esclarecimento veiculado e/ou compreendido a partir das informações recebidas pareceu insuficiente na medida em que não acompanhou os passos da investigação diagnóstica proposta e do prognóstico quanto à manutenção do membro. Assim, verificou-se que a possibilidade de amputação, ainda que não comunicada pela equipe médica, foi uma ameaçadora fantasia sempre presente, seja diante do agravamento do quadro clínico, seja tomando como referencial os internamentos anteriores, ou ainda a experiência de uma amputação anterior. Vejamos os depoimentos a seguir:

*Já me internei mais de vinte vezes. Já amputei uma vez e ainda não sei das coisas.  
(Paciente 3)*

O doutor disse que ia tratar do pé mas não disse o que ia fazer. Pela minha idéia é tudo bem, não pode ser coisa ruim, mas está doendo até durante a noite e eu nem durmo. Ah ! Eu não sei no que isso vai dar, será que vai cortar ? (Paciente 9)

Essa agora é a 8<sup>a</sup> ou 9<sup>a</sup> vez que eu me interno; eu até já perdi as contas. Toda vez eles dizem que é grave e que vão operar para evitar a amputação e por isso toda vez eu acho que é pra amputar. Quando a gente não sabe das coisas só pensa tudo ruim, não é ? (Paciente 11)

A situação acima parece melhor ilustrada no relato da paciente 8:

Os médicos disseram que ia tratar da perna porque já tinha perdido um dedo ... mas a dor é insuportável e ela não parou. Eu internei pra fazer uns exames ... Já fiz várias radiografias, as piores, as mais dolorosas. Eu acho que no fim dos exames vai mesmo amputar. No começo eu não pensava não, mas vai fazendo exame de lá, exame de cá, e não melhora, só tem um jeito ... (chora) vai ter que amputar. E, só tem esse jeito mesmo. Tudo que puder aliviar essa dor é bom. Eu tomo injeção e com três horas já tem que me dar outra.

O que mais pareceu contribuir para o agravamento da angústia é a percepção dos seus comentários como algo que não poderia ter sido dito. Sentindo não haver espaço para a sua comunicação, obrigou-se a manter-se calada. Ela me diz:

... desculpe eu estar falando isso, se ninguém fala comigo dessas coisas é porque não é coisa pra ser falada ... mas você disse que queria saber como eu estava pensando ... eu falei.

A ausência de espaço para ouvir e ser ouvida pode ter ainda contribuído para a elaboração da fantasia de que a indicação para a possível cirurgia mutiladora possa vir de pessoas de sua família. Conclui a mesma paciente:

*O pior é o desespero da dor, minha filha veio me ver e pediu pelo amor de Deus pra cortar a minha perna. 'Deixa minha mãe viver, ela tá morrendo desse jeito', ela disse pro médico.*

Em mais quatro pacientes verifica-se que a possibilidade de amputação se achava presente, embora de forma negada, silenciada, ou quando verbalizada já considerada em um nível, que dentro de sua avaliação, se restringia ao que estava visivelmente arruinado.

*Eu penso também que é coisa pra operar, fazer o que, não é, minha filha? A gente precisa se conformar com todas essas coisas ... se Deus quiser é só na veia, não bulindo na perna tá bom, tá tudo bem. (Paciente 5)*

*Ah! não tem jeito não, a solução é operar. Eu já fiz uma operação aqui (refere-se a um enxerto), tenho que fazer outra. Silencia e chora. (Paciente 8)*

*Não sei não. Talvez seja, mas aqui tem médico melhor, mais aparelho, e talvez salve algum dedo. (Paciente 12)*

Uma paciente aguardava uma solução mágica que pudesse evitar a cirurgia, e se referia sempre à operação. Mas a ansiedade, o temor e as reticências com que comunicava, traziam

fortes indícios de que a fantasia de amputação estava presente em seu relato:

*Eu não entendo, só o médico ... não acho que é pra operar. Eu tenho uma esperança ainda, eu acho que eles vão achar um meio ... não sei como ... mas eles vão achar. (silêncio). É, mas eles já me falaram que é coisa pra operação. (Paciente 6)*

Um paciente com experiência anterior de amputação ouve a minha pergunta sobre operação como sobre amputação.

*Tem que ser, tá sempre avançando, tem que ter um jeito de cortar para paralisar a doença. Eu só pedi ao doutor para cortar a metade do pé, ele falou assim: ' eu não sei, mas eu não posso garantir que cicatriza, tem pouco sangue aqui, eu não sei se cicatriza. (Paciente 3)*

No próximo relato será possível observar que, apesar da precisão das informações recebidas, uma escuta mais atenta poderia detectar a presença de expectativas irrealistas de que o tratamento proposto possa resultar na solução integral de todos os problemas. Estas expectativas parecem estar vinculadas a mecanismos de negação dos sentimentos hostis e dos temores quanto à amputação. Pode também ser verificada a exigência de uma visão idealizada de si mesma na busca de algo muito desejado.

Vejamos o discurso da paciente 2:

*Eu estou internada para operar. Quando eu vim consultar, o doutor disse que a veia estava entupida e não estava jogando o sangue lá no pé. É nas duas pernas, mas a pior é a direita. Não sei o dia, mas ele disse que vai procurar onde a veia está entupida e vai botar safena. Ainda estão fazendo exames. A operação, eu acho, é tirar a veia ruim, botar a veia boa pra jogar o sangue no pé. Agora, se acontecer alguma coisa, alguma complicação, eu não sei não*

...(silêncio) ... eu entrego nas mãos de Deus ... eles pegam no pé e eu nem sinto ... Que eu não saia boa, mas bem melhor eu tenho certeza, que saia 100%, 90% de melhora já está bom pra mim seguir a minha vida, já está muito bom.

Eu rezo, eu tenho muita fé em Deus. Eu alcanço muita coisa, que vou ficar boa dessas pernas. A gente quando acorda tem que dar graças a Deus. Eu agradeço a Ele a dor que eu tô sentindo porque o Filho de Deus sofreu pra nos dar o exemplo. Ele nem tinha necessidade de sofrer o que Ele passou, mas nós nem quer saber disso, não é? Se revolta e xinga, mas isso eu não faço não. Quando eu vejo uma pessoa boa eu gosto logo. Você é muito boazinha, você deve alcançar muitas coisas que você deseja alcançar e você pensa que tá difícil, mas pra Deus nada é impossível.

Poderíamos especular que mantendo afastados os sentimentos penosos e hostis - não se queixa, não xinga, não se revolta, - a paciente busca no Filho de Deus o exemplo com o qual tenta se identificar, e exige para si não a atitude humana, mas aquela divina, idealizada, percebida como a única a lhe ajudar a enfrentar a situação ameaçadora (será a amputação a cruz a ser carregada?). Na relação que estabelecemos, a atitude benevolente e a onipotência do desejo estão projetivamente identificados dentro de mim - *você é muito boazinha, você deve alcançar muitas coisas que você deseja alcançar*. Parecem ser estes os mecanismos que podem estar envolvidos nas fantasias irrealistas como *sair do hospital 100% ... 90% melhor*.

A idéia da morte como expectativa do internamento foi percebida em duas pacientes. Enquanto uma delas verbaliza claramente, a outra fez referência à ausência de comemoração, de alegria e utilizou um tom de voz tão triste na sua comunicação, que me pareceu que a incerteza quanto à realização ou sua

participação no evento comentado, poderiam estar sendo fantasiadas como a possibilidade de morte.

*Primeiro eu só pensava em morte, mas agora meus filhos me dão tanta força que estou pensando em sarar logo e voltar pra casa.*  
(Paciente 7)

*Minha neta vai se casar, veio me visitar e saiu daqui muito preocupada comigo, sem saber se no casamento dela vai poder fazer festa, e se eu vou ou não.* (Paciente 4)

Para finalizar, estão registrados abaixo os relatos de dois pacientes que exibem atitudes francamente opostas para com a condução do tratamento hospitalar.

No relato da paciente 8 pode-se compreender o comportamento francamente dependente e passivo, resistindo à possibilidade de decidir conjuntamente, delegando à equipe médica completa autonomia para a efetivação do tratamento. Projetivamente identifica na equipe terapêutica a confusão, a falta de determinação e indecisão, que parecem ser também suas. Diz a paciente:

*Os médicos disseram que iam fazer exames, mas eu digo a eles que quanto mais livre, melhor. Se é pra fazer enxerto, faça ... se é pra amputar, ampute, porque eu tô sofrendo muito com essa perna. Eu não penso nada, eu não quero pensar, eu só penso em Deus. Eu sei que nem eles sabem o que vão fazer comigo, o que vai acontecer comigo.*

O nível de compreensão mais satisfatório facilitou expectativas mais reais, menos assustadoras, propiciando atitudes

mais confiantes e a colaboração ativa do paciente no tratamento.

Relata o paciente 5:

*Eu estou achando muita bondade aqui. Os médicos disseram que eu ia me internar e eles iam trabalhar pra ver de onde tá vindo a doença. Os exames é que vão falar. Ai, se eles conseguirem passar o sangue é capaz que eu melhore. Tô vendo que eles estão fazendo muita força comigo porque todos os exames que eu tô fazendo não é brincadeira. Tô vendo que eles têm muito amor ao serviço deles e vamos levar, vamos ver até onde vai dar. (Paciente 5)*

## VI.2- O PRÉ-OPERATÓRIO

### VI.2.1- A COMUNICAÇÃO DA AMPUTAÇÃO

A compreensão que os pacientes elaboram acerca da fatalidade da amputação foi investigada baseando-se na percepção e interpretação que eles fazem do discurso e do comportamento dos médicos quando estes lhes comunicam que a operação é inevitável. Deve-se ressaltar que, evidentemente, esta avaliação está fortemente influenciada por suas fantasias individuais.

Em seu modo de ver, os pacientes queixam-se que o contato foi rápido, desatencioso e insuficiente, não permitindo o esclarecimento de suas dúvidas e a tranquilização de seus temores.

*O médico disse que depois do almoço vai cortar a minha perna. Só falou isso, deu um toque e foi embora. A conversa não demorou nem dois segundos. É bom a gente se explicar, né? O que é verdade a gente tem que dizer. É*

*uma coisa que é interessante porque a gente perde o medo e se distrai conversando. Mas, dois segundos é tempo pouco demais. Ele saiu correndo. A pessoa pra se entender tem que conversar, né? E essa conversa não foi de acordo de jeito nenhum. (Paciente 1)*

Diante da mesma situação, outra paciente intuitivamente acredita que os seus sentimentos de pesar contaminaram o médico e são responsáveis pelo contato superficial.

*Ele conversou pouco, falou que não tem mais jeito, que fizeram tudo o que tinham de fazer e disse que se não cortar agora, a doença passa pra cima e ganha o corpo. Falou só isso. Eu tava tão nervosa que ele foi embora logo. (Paciente 10)*

Nos casos relatados abaixo, pode-se verificar que às vezes se utiliza o saber do paciente, não para tentar desfazer equívocos ou conhecer mais profundamente o que ele pensa a respeito da amputação, mas, talvez, para evitar falar no assunto.

*Eu já tinha falado pro doutor que se for preciso cortar a perna pra me libertar dessa dor, então corta. Ai o doutor me disse: 'É difícil uma pessoa falar nisso. A senhora me liberta eu de algumas coisas que eu ia falar, porque se eu tiver que fazer alguma coisa eu já sei que a senhora tá com essa idéia'. Outro dia ele voltou e disse que já tinham feito tudo o que podiam fazer. Ai eu entendi que ia ter que cortar, não é? (Paciente 2)*

*O doutor disse: 'Você tá sabendo que a gente tem que tirar um pedaço aí, não é?' Eu disse: não tô sabendo não, eu só acho que precisa porque eu vejo o dedo preto e fininho. (Paciente 12)*

Embora o caráter imperioso da amputação, obedecendo a critérios técnicos, seja estabelecido pelos médicos, algumas vezes a comunicação comporta uma dupla mensagem. Desta forma, o que se parece buscar primeiramente não é a compreensão, a anuência do paciente e de seus familiares para a indicação já estabelecida, mas responsabilizá-los por uma decisão que supostamente pudesse ser evitada. Esta dupla mensagem pode dar lugar ou reforçar a idéia, principalmente na família, de que ela tenha decidido sobre a indicação da amputação ou o destino de seu paciente, quando um ou outro já não comportam alternativas.

Vejamos o relato do paciente 6:

*Ele disse que não tinha mais jeito, que a doença tava tomando conta do meu osso e se não amputasse o quanto antes aí tinha que amputar a perna inteira. Disse que eu resolvesse, que estava em minhas mãos, que eu conversasse com a família pra ver o que eles achavam. Quando ele saiu, ele disse: 'A senhora veja o que vai fazer'.*

A família, outras vezes, tem sido utilizada como intermediária entre o médico e o paciente para reforçar neste último a idéia da iminência da amputação. A aceitação e concordância, nesses casos, está mais fundamentada na dinâmica da relação familiar que naquela que o médico e paciente estabelecem.

*Foi o doutor quem disse que o pé já estava morto. Aí eu disse pra ele que ele podia cortar que eu nem ligo. Eles explicam mais à minha filha e é ela que fala pra mim. Eu já falei pra minha filha, se é pra cortar e tirar essa dor pode tirar a perna inteirinha. (Paciente 7)*

A situação mais delicada parece ter sido vivida pela paciente 11. Segundo o seu relato, a comunicação foi feita indiretamente, através de comentários entre a equipe médica, e coube a família desempenhar um papel que não lhe é reservado.

Diz a paciente:

*Hoje eu ouvi eles conversando e dizendo que vão cortar a minha perna. Disseram assim, que não tinha mais jeito, iam operar outra vez mas era um caso perdido. Eles conversaram e saíram. Acho que depois resolveram outra coisa porque disseram que mandaram chamar meus filhos e quando eles (os filhos) vieram me visitar, me aconselharam a cortar a perna porque eu já tô doente há muito tempo e não tenho sossego.*

A longa evolução da doença, a transitoriedade dos resultados obtidos com os tratamentos e a progressiva deterioração das condições clínicas, podem permitir tempo necessário ao paciente para aceitar a remoção do membro. O que se verifica, no entanto, é que ainda estão ambivalentes sobre a perda de uma parte do corpo, mesmo percebida como dolorosa e inútil. (LUNDBERG, 1986)

Muitos pacientes, na entrevista anterior, por ocasião do internamento hospitalar, já haviam falado espontaneamente sobre suas fantasias quanto à amputação. Agora, em resposta à pergunta feita diretamente sobre a possibilidade de perder o membro, como a última medida a ser utilizada para aliviar a dor, todos os pacientes concordaram em que era algo presente até mesmo antes da admissão no hospital.

Vejamos alguns depoimentos:

*Essa idéia foi tomando a minha imaginação. Acho que eu já cheguei aqui consciente de que não havia solução. (Paciente 8)*

*Pensei muito. Eu sempre pensei que não dava pra salvá-la. Eu ficava nervosa, com vontade de chorar, perdia o sono de noite, só vivia pensando nisso e não conversava com ninguém. Sempre guardei só pra mim. Eu até já adoeci por causa desse meu jeito calado, mas não faço de outro jeito. (Paciente 7)*

*Depois que eu comencei fazer os exames e vendo que nada dava certo, que eles (os médicos) não tinha meios, eu vi que o negócio tava feio mesmo. Eu fiquei nervosa, tava acontecendo alguma coisa que eles não decidem e não dizem. Aí eu comencei a saber que eu ia perder a minha perna. Mas, quando ele veio dizer que ia cortar, eu queria que ele dissesse outra coisa. Queria que não tivesse que amputar. (Paciente 6)*

Chama a atenção a paciente 10 que, além da longa evolução da doença, já conta com uma amputação anterior. Seu depoimento repousa em fortes mecanismos de negação:

*Não. Eu nunca pensei em perder a minha perna, nem depois de doente. (cala e chora) O que é que vou fazer com uma perna só. Nunca pensei que isso fosse acontecer comigo.*

A comunicação da amputação se revelou difícil para o médico e para o paciente. Parece que ambos precisam falar de uma luta perdida em que estiveram combatendo contra o inimigo maior, e têm que lidar com as fantasias de cura onipotente e a frustração subsequente.

A conscientização do médico para as suas limitações e maior tolerância com suas perdas, e do paciente quanto ao que esperar dos tratamentos realizados, abrem maior disponibilidade interna para momentos difíceis como estes.

## VI.2.2- AS EXPECTATIVAS DA CIRURGIA

As fantasias em relação aos resultados esperados da cirurgia e as mudanças que ela pode acarretar na vida foram indagadas na tentativa de avaliar o nível de expectativas e como os pacientes se posicionam em relação a ele.

De modo geral, os resultados imediatos esperados da cirurgia são basicamente dois: assegurar a sobrevivência e aliviar a dor. Estes são também os objetivos primordiais pretendidos pela equipe médica e comunicados aos pacientes. Acredito que esta concordância é o primeiro passo a aceitação de que a amputação é inevitável.

Dentro de expectativas mais amplas, todos concordam em que as mudanças na vida serão também inevitáveis e elas estão assentadas em sentimentos de incapacidade e impotência.

*Acho difícil fazer as mesmas coisas porque não é mais como antes ... não sei ... eu nem sei o que pensar. (Paciente 9)*

*Só Deus é quem sabe. Que vai mudar, vai e eu espero em Deus me dar força. Talvez eu arrume uma muleta, uma cadeira de rodas. Mas só vou saber com o tempo. Agora é muito cedo pra ter uma idéia certa, uma previsão certa. (Paciente 6)*

Individualmente, a forma de lidar com estes sentimentos é muito diversa e faz parte do conjunto de suas experiências diante de situações de ameaça.

O paciente 1 vê na cirurgia as possibilidades de salvar a vida:

*Mais vale eu ficar sem essa perna aqui do que com essa dor e morrer aos poucos.*

Suas expectativas são pessimistas, sentindo-se impotente em retomar sua vida profissional e até em locomover-se. Regredido, ele compara a sua situação como mais dependente que a de uma criança, desconsiderando os recursos da condição adulta:

*Eu quero ver é como é que eu vou aprender a andar. Vai ser pior que criança pequena. Como é que eu vou aprender a andar depois de velho? E, trabalhar, como é que um pedreiro vai trabalhar sem uma perna?.*

O paciente 3, que já tem uma amputação infrapatelar contralateral à lesão atual, diz:

*Eu já tive querendo ela há muito tempo. Não sei porque eles me faziam sofrer tanto com aquelas operações que não iam dar certo mesmo. Eu pedia a eles e eles não faziam.*

A esse propósito, PARSONS (1981) levanta a possibilidade de que por trás de pedidos inadequados de amputação exista a crença de ela será inevitável e o medo dos procedimentos pode levar a tentativas de controlar o tempo e as circunstâncias de sua realização. O comportamento do paciente, a sua resistência em aceitar as cirurgias restauradoras, a atitude pessimista com que as encarava mesmo quando os primeiros resultados eram promissores, podem ser bem compreendidos a partir da afirmação da autora.

As expectativas do mesmo paciente são realisticamente pessimistas, avaliando concretamente o aumento de suas limitações que a segunda amputação lhe resultará:

*Vai ser melhor porque o desespero da dor vai passar. Mas, o que é que eu vou fazer agora sem as duas pernas? Vai ser tudo pior depois.*

A paciente 2 vê na cirurgia a possibilidade de prolongar a vida e aliviar a dor isquêmica. Nas suas expectativas quanto às mudanças, avalia que elas serão mínimas. As possibilidades de adaptação, estão fundamentadas não em recursos pessoais, mas no apoio que, acredita, receberá de seus familiares. Apoio que está expresso num discurso que sugere gratidão e valorização de sua generosidade. Diz a paciente:

*Essa operação vai salvar minha vida e passar a dor. Pela minha vida sacrificada, o modo de eu ser devotada, por tudo que eu sofri sem poder fazer nada, só deitada... quase feito uma pessoa morta... O modo dos filhos que eu tenho, não vai mudar tanto assim não. Eles são feito eu, muito compreensivos, muito bons. Eu sei o que eles fazem de bom para mim.*

Talvez seja possível pensar que sua atitude confiante esteja também assentada na projeção de aspectos idealizados, estabelecida como defesa ante fantasias de morte e impotência, vinculadas à situação objetiva de perigo em que se encontra.

As pacientes 7 e 11 acreditam que, diante das limitações em amplos aspectos da vida experienciadas progressivamente durante a longa evolução da enfermidade, a amputação não trará mudanças no seu estilo de vida:

*Já tá tudo tão mudado. Fiquei dependendo de tudo e de todos. Até pra escovar os dentes eu preciso de alguém. Essa operação não vai mudar nada não... Vai deixar tudo igual, só que não vai ter dor. Vai ser difícil sair daqui. (Paciente7)*

*Vai ficar igual, só que sem dor. Eu não tenho feito quase nada... só olhando as crianças brincarem e vendo TV, porque eu nem sei fazer trabalho manual. Antes de adoecer eu fazia umas coisas, mas depois não dava mais. (Paciente 11)*

O paciente 5 elabora expectativas otimistas, baseadas em aspectos mais práticos do cotidiano e no apoio das relações afetivas. Diz o paciente:

*Vai dar prá viver... meu ordenado aumentou e a mulher é econômica. Tive muito apoio da mulher, dos amigos e dos filhos. Dando prá mim andar de muletas tá bem. Meu neto disse que vai conseguir uma perna mecânica com uma mulher rica que prometeu. Só espero vantagem daqui prá frente. A melhora vai ser devagarinho... é passar minha dor.*

A paciente 8 parece utilizar as limitações impostas pela doença como experiência enriquecedora, na qual os seus recursos perdem a feição onipotente e idealizada e se concentram em forças realisticamente dirigidas à superação dos obstáculos que, ela crê, se seguirão.

Relata o paciente:

*Vai haver mudanças mas eu não se quais são. Eu sou uma pessoa que não pedia nada a ninguém e vou me ver dependendo dos outros. Mas, mesmo assim essa doença está me ajudando. Eu achava que só eu era boa e ajudava os outros. Mas, depois da doença eu fui vendo que as outras pessoas também ajudam e mais aqui que eu tô dependendo de tudo e de todos. Eu tinha uma cabeça careta e agora tudo tá mudando. Vai ser difícil mas eu tenho muita força.*

A cirurgia para amputação sentida como expectativa de punição aparece verbalizada no relato da paciente 8.

*Espero uma boa lição, porque se eu não fosse tão gulosa (sorri, abaixa o olhar, parece desconcertada), eu não tava assim. Eu sou diabética e não fazia direitinho o regime. Eu fazia pudim, docinho e comia tudo, e foi o que me atrapalhou. Serviu de lição para mim e pra todo mundo.*

A perda do membro pode estar sendo percebida como a necessidade de castigo (uma boa lição! a lição que não se esquece) vinculada à culpa experimentada diante de ataques destrutivos vorazes, aos quais acha-se associada ampla dificuldade na sua capacidade de seleção e discriminação. No relato, o alimento idealizadamente desejado é também retaliante, venenoso e destruidor, caracterizando a confusão entre o bom e o mau que podem estar presentes em outros aspectos de sua vida de relação.

#### VI.2.3- OUTRAS SITUAÇÕES DA PERDA

Quando perguntei aos pacientes se comparavam a situação atual a alguma outra que já tivessem vivenciado, o meu intuito era investigar a quais outras situações de perda este momento pudesse estar associado.

A grande maioria negou que já tivesse experienciado qualquer coisa que fosse tão difícil ou tão doloroso.

*Nunca. Essa foi a primeira. Eu não me lembro de nada que eu tenha sofrido tanto.*  
(Paciente 9)

*Não. Essa foi a coisa mais difícil de minha vida.* (Paciente 8)

*Não. De dor, de tudo, essa doença foi a pior coisa de minha vida. Não podia comer, não podia dormir. Essa foi a pior. E agora perdendo a perna, aí sim, não tem nada pior. (Paciente 6)*

*Não. Essa foi a pior. Toda minha vida eu aguentei os trancos da vida. Essa é a pior coisa. (Paciente 5)*

Dois pacientes estabelecem ligação com a experiência de morte de pessoas queridas.

*Não sei. Só a perda do meu marido e dos meus dois filhos foi tão ruim quanto agora. Outra igual não tem. (Paciente 2)*

*Essa não se compara com nada. Nem a morte do meu pai foi mais difícil. Porque tudo que do não dói na gente não tem problema. A morte dói no coração, é mais fácil. (Paciente 1)*

O paciente 7 se reporta à situação de separação e abandono com fantasias de morte e destruição\*.

*Não, essa foi a mais ruim. Nem o fim do casamento do meu filho quando eu sofri tanto que fiquei sem voz. Mas, agora é pior.*

A paciente 10 mais uma vez fez referências à doença mental de sua filha. Acredita que a cirurgia é mais difícil, mas também atribui à amputação um caráter punitivo.

---

\* Para melhor entendimento, a situação comentada está descrita na entrevista da paciente 7 (anexo 4).

*Não, sofri muito com a minha filha, eu sofri demais. Acho que essa tristeza é maior ... eu merecia ... será que é castigo ?*

O paciente 12 compara a situação atual a uma outra bem anterior, do início da sua infância, onde relata vivências de dano irreversível e morte iminente.

*Tem uma coisa que eu acho que foi pior porque eu era criança tinha três ou quatro anos. Fui pegar na cauda de um cavalo ... achei ela tão bonita e fui fazer igual ao tratador fazia. Ele (o cavalo) deu um coice e eu fiquei que era quase morto, quebrei o nariz, afundei o olho ... quase morri.*

#### VI.2.4- AS FONTES DE APOIO

Quando perguntei aos pacientes se puderam conversar com outras pessoas sobre a operação a que precisam se submeter, eu desejava conhecer quais as fontes de apoio disponíveis que poderiam ser utilizadas no acompanhamento emocional do período pré-operatório.

Oito pacientes relataram a presença e apoio da família:

*Meus filhos disseram: 'mãe, pelo amor de Deus faça o que o doutor diz. É pra senhora voltar boa pra casa. Não interessa como. A senhora em casa, boa, sem essa dor é outra coisa porque a gente sabe que a senhora não está sofrendo'. (Paciente 8)*

*Meus filhos me disseram: 'se é melhor cortar, vamos fazer logo essa operação. A mãe não pode ficar sempre com essa dor, não pode. (Paciente 9)*

Lamentavelmente outros dois pacientes não tiveram acesso sequer a visita familiar, pela exiguidade do tempo entre a comunicação e a realização da cirurgia.

*Não conversei com ninguém. Ele (o médico) me disse hoje de manhã que ia operar depois do almoço. (Paciente 1)*

*Não conversei com ninguém, nem deu tempo, sabe? A conversa com o doutor foi ontem e eu vou operar hoje. (Paciente 12)*

A paciente 5 atribui à nossa entrevista uma função tranquilizadora:

*Só falei com meus filhos e agora com você pra desabafar. Com eles (os filhos) foi pra dar a autorização.*

Muitas vezes se observa que, inversamente, é o paciente a fonte de apoio para a família.

*Meu filho mais velho penou muito... mas eu conversei com ele de que o meu sofrimento era grande demais com aquela dor. (Paciente 2)*

Não houve qualquer relato referente à assistência psicológica pré-operatória ao paciente ou à sua família como proposta do plano terapêutico.

## VI.2.5- O NÍVEL DE AMPUTAÇÃO

Quatro dos pacientes entraram na sala de cirurgia sem o conhecimento do nível em que seria realizada a amputação.

Dois deles acreditavam que *nem os médicos sabem o que vão fazer, onde vão cortar.* (Paciente 11 e 6)

Um outro disse apenas: *não sei, e não fez qualquer comentário adicional.*

A paciente 7 manteve a atitude de distanciamento em relação ao que estava para lhe acontecer: *não sei como vai ser, ele não me falou nada. Nem sei onde vão cortar e se vão cortar.*

Os demais pacientes conheciam o nível proposto mas exibiam dificuldades em compreender e aceitá-lo, não só porque divergia da avaliação que eles próprios faziam, e que estava baseada ora na altura das lesões tróficas ora no sítio da dor, mas também porque não dispunham de outras informações, de caráter técnico, que possibilitassem e facilitassem a aceitação.

*Vão cortar minha perna ... eu sinto ela ... o que eu não sinto é os dedos, mas a perna eu sinto ... ele não precisava cortar a perna, só os dedos que é onde dói.* (Paciente 10)

*Vão tirar a metade do pé. O doutor disse que só tirar o dedo não serve. Não sei porque, é o dedo que está arruinado.* (Paciente 12)

Algumas vezes a equipe médica não pôde determinar com maior precisão o nível da amputação, e essa informação foi passada ao paciente.

*O doutor falou que vai fazer o mais baixo o possível pra eu não ter problema de usar prótese.* (Paciente 8)

*Não sei, eles vão procurar, querem salvar a perna e só cortar o pé. (Paciente 5)*

Inusitada é a atitude do paciente 1, que ao ser informado do nível de amputação mais baixo (infrapatelar) sugere ao cirurgião que a efetue na altura do joelho. Talvez, a última tentativa de exercer algum controle sobre a traumática experiência da amputação. Vejamos o seu relato:

*Eu falei pra ele de ser aqui no joelho porque a junta é mais fácil pra cortar. É a mesma coisa que desjuntar um frango. O sangue sai por causa das veias e aqui não tem tanto sangue. Mas, ele disse que vai ser mais embaixo porque se quiser porhar outro pé, fica mais fácil.*

### VI.3- VIVÊNCIAS DA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

Os relatos deixam entrever sentimentos e atitudes bastante diferenciados em relação à experiência da cirurgia.

Para lidar com os sentimentos de impotência, frequentemente ergueram-se defesas como a negação e a projeção traduzidas em discursos de atitudes heróicas.

*Eu não achei nada. Não tive medo. A única coisa que eu falei é que eu confio em Deus, no Divino Espírito Santo e nos médicos. Eu só lembro de eles rindo, brincando, depois eu dormi e acordei quando eles disseram que estava tudo pronto. Depois eu fui pra uma sala e fiquei lá muito tempo. Isso eu achei ruim porque eu queria ver a minha família e eles me verem porque eu sabia que eles estavam nervosos. (Paciente 6)*

Dando risada, proseando, alegre, contente. Disse: 'doutor não bote pano na minha frente, eu quero ver o senhor cortar minha perna e tirar esse sofrimento' ... Eu conversei um pouco, mas depois eles começaram a trabalhar e eu escutava os barulhos dos ferros fazendo uru-uru. Mas, eu não fiquei nervoso porque o homem tem que ser forte, não é ? (Paciente 5)

Atitudes e sentimentos mais adequados parecem presentes nos relatos abaixo. Diante da inevitabilidade da cirurgia os recursos foram utilizados para a adaptação à situação dentro de expectativas realistas e uma atitude positiva quanto aos resultados esperados.

Conformada, né minha filha. Tinha que fazer, fez. Eu tava até aliviada pensando que iam me aliviar daquela dor. (Paciente 2)

Eu tava muito triste. Quando a gente tem que fazer uma coisa e não quer e é obrigado, a gente quer que seja logo, sare e pronto. Quem teve que cortar um pedaço do pé como eu cortei, pode ter alegria ? Pensei vou deixar por conta deles e de Deus. Não tem jeito. Entreguei meu corpo pro que eles puderam fazer e fizeram uma grande coisa que eu estou vivo, né ? (Paciente 12)

A ansiedade mais livremente expressada deu lugar a vivências como as que se seguem:

Ah! Eu tava brincando mas, por dentro só eu sei. Já entrei na sala dizendo que queria dormir, que não queria ouvir nada do que eles estavam falando. Tinha medo era da amputação, como eu ia ficar depois. Não era da operação porque eu já tinha feito muitas. (Paciente 8)

*Eu tava nervosa pensando como eu vou andar depois. (Paciente 9)*

*Eu tava tão nervosa, fui pra sala chorando. Cheguei lá tive que me acalmar, não podia ficar chorando ... aí fiquei tranquila. (Paciente 10)*

*Meu estado estava muito nervoso. Eu pensei que eu ia morrer. (Paciente 1)*

As lembranças do ato cirúrgico são de cunho bastante desagradável:

*A operação foi bem, mas o barulho é que eu não queria ouvir. Eu acho que vou esquecer. (Paciente 9)*

*Eu não dormi nada. Ouvi eles ligarem a serra e cortarem a perna, senti uns choques, acho que era quando eles tocavam nos nervos e ouvi eles conversando da vida deles e da operação. Ainda hoje parece que eu tô ouvindo tudo. (Paciente 8)*

*A operação foi fácil porque não doeu, mas as lembranças do barulho não sei se vou esquecer. (Paciente 10)*

É verdade que estas lembranças são expressões de dados objetivos impregnados de fantasias. O quanto é possível encontrar de um e de outro é difícil precisar. O que mais importa é que elas se oferecem como realidade psíquica traumática a ser elaborada.

#### VI.4- A ALTA HOSPITALAR

O período observado entre a realização da cirurgia e a alta hospitalar foi de dois a sete dias. A maioria dos pacientes recebeu informação e breve treinamento para o uso de muletas, além de recomendações quanto à abstinência do fumo e tratamento das condições associadas, principalmente o diabetes e a hipertensão arterial. Não houve relato quanto à possibilidade de adoção de outras medidas de reabilitação ou orientação à procura de acompanhamento psicológico.

É natural que neste período o paciente esteja ainda muito envolvido com a experiência cirúrgica, voltado para os cuidados do coto de amputação e desfrutando do alívio da dor isquêmica. Mas, o momento de sair do hospital tem o impacto de trazê-lo para a situação imediata de voltar para a sua família, sua vida cotidiana e para um ambiente físico que, na maioria das vezes, não está preparado para recebê-lo.

A maior autonomia foi atribuída a modificações que pudessem ser implementadas visando melhor adaptação. Esta parece ser a primeira preocupação.

*Precisa fazer uma rampinha na entrada da cozinha para poder ir de cadeira de rodas.  
(Paciente 2)*

*Talvez precisa aumentar a cama (a altura) pra ficar mais fácil pegar as muletas.  
(Paciente 5)*

*Preciso ter cuidado pra não cair e não abrir a operação. (Paciente 10)*

#### VI.4.1- PLANOS PARA O FUTURO

Planos específicos visando execução no futuro próximo não foram relatados. As comunicações se referiram a situações muito gerais como *retornar a minha vida* ou *continuar a vida de novo*. Na avaliação que fizeram quanto às suas possibilidades de realização, as comparações com o período anterior foram inevitáveis. Mostraram-se positivas quando se relacionavam ao momento em que já estavam doentes, mas comparadas a um momento mais anterior quando ainda gozavam saúde tiveram necessariamente um caráter de prejuízo.

Alguns dos relatos:

*Eu não cheguei a pensar nas consequências de hoje (chora). A dor é um motivo muito forte, a gente faz qualquer coisa. Eu quero viver com saúde ... eu nem tive tempo pra pensar. Foi tudo triste demais ... . (Paciente 8)*

*Ah! Eu ainda não sei, viu. Como é que será eu não sei ... é pouco tempo ainda. Preciso chegar lá pra ver. (Paciente 9)*

*Eu sei que não posso jogar mais futebol ... (sorri) mas também já não podia mesmo. A primeira coisa que eu espero é um bom reencontro com o meu pessoal, depois comer bem por oito dias, depois pousar na área e depois voltar para o trabalho. (Paciente 12)*

*Mudanças ? Sei lá ! Deus é quem sabe. Com o pé daquele jeito eu fazia minhas coisas. Acho que vou conseguir fazer alguma coisa, eu consigo, eu vou conseguir. (Paciente 10)*

#### VI.4.2- A EXPECTATIVA DE RETORNO DA DOENÇA

Como grande preocupação que se fez presente, o temor do retorno das manifestações clínicas da doença voltou a mobilizar as teorias elaboradas para explicar o seu aparecimento. Chama a atenção o cuidado maior para que não se repitam as situações percebidas como as responsáveis e estão relegadas ao segundo plano os esclarecimentos científicos e as recomendações preventivas:

*Se Deus quiser ela foi embora. Mas, a gente nunca sabe. Eu vou evitar de entrar em poça d'água. Falaram em parar de fumar, mas parar de vez também faz mal. (Paciente 12)*

*Evitar pegar doença contagiosa para não adoecer a outra perna. Agora, parar de fumar, eu não sei se isso ajuda não. Tinha dias que eu parava e a dor não passava... (Paciente 1)*

*Acho que ela (a doença) não pode aparecer de novo mas eu tenho que ter acompanhamento médico. Não quero que ela apareça de novo. Deus me livre. (Paciente 8)*

*O medo que eu tenho é que ela (a doença) volte novamente. Nossa, muito medo. Só Deus é quem sabe. (Paciente 10)*

Talvez as expectativas menos assustadoras estejam permeadas pela confiança estabelecida na relação terapêutica e atitudes preventivas mais eficazes podem ser vistas baseadas nas recomendações médicas:

*Eu tenho medo da outra perna também ficar assim. O doutor mandou eu ter muito zelo. Se for preciso, toda a noite é pra enrolar um pano para não sofrer friagem e cuidado para não ferir. Eu não sou bôbo, eu acredito e tenho que zelar para ela não voltar. Eu acho que ela pode voltar. (Paciente 5)*

*Tenho que cuidar bem para ela não voltar, qualquer doença é assim, não é? Elas (as doenças) são assim mesmo. O doutor disse para fazer a dieta direitinho e eu vou fazer. (Paciente 6)*

Muito preocupante é a situação do paciente 3 que recebe alta após a segunda amputação. O seu relato é muito eloquente:

*Agora tenho que fazer um sacrifício danado. Com uma perna dava pra fazer umas coisinhas e sem as duas eu vou ter que depender mais das outras pessoas. Até pra sentar é difícil, não dá apoio. Eu trabalhava o tempo todo em pé e depois da doença e da amputação nem sentar direito eu posso mais. Meu futuro, eu nem tenho idéia, é só dar trabalho aos outros ... só posso me contentar ... não tenho jeito ... estou numa situação difícil. Esperança da doença não voltar de novo a gente sempre tem, mas a cisma não deixa a gente. Eu tenho medo de que ela tome o corpo inteiro, né? Já abriram minha barriga e eles viram que a doença já estava lá. Eles disseram: 'você tem aterosclerose até na barriga'.*

Trata-se, certamente, de alguém que avalia o curso de sua vida futura com elementos evidentes de regressão, perda do controle, do mínimo de autonomia, carente de qualquer recurso que lhe propicie a satisfação de necessidades mais básicas (*até pra sentar é difícil, não dá apoio*), e onde a única relação a ser mantida com meio social é de completa dependência e de preocupação

com as pessoas que estarão responsabilizadas em lhe prestar assistência ( *é só dar trabalho aos outros*).

Não é sensato desconhecer que este paciente encontra-se em situação mais difícil que aquela verificada entre as outras pessoas entrevistadas, e que suas perdas são mais evidentes. Mas, o que importa ressaltar é a impossibilidade de elaborar (ou verbalizar), no momento, qualquer medida passível de minimizar esses problemas. O discurso é inegavelmente depressivo sugerindo a necessidade de cuidados especiais do ponto de vista emocional.

Por fim, mas não menos importantes e igualmente sugestivas da conveniência de assistência psicológica, estão as preocupações com a morte que, nos relatos abaixo, acham-se expressas mimetizadas por aspectos mais práticos do cotidiano:

*Vou receber meu dinheirinho e arrumar a casa que tem muito serviço pra fazer. Vou botar um dinheirinho no banco porque um dia a gente morre e não vai ficar dando trabalho pra ninguém ... a gente precisa ter um dinheiro pra fazer o enterro. (Paciente 2)*

*Eu sei lá, só penso fazer o casamento de minha filha. Agora ela tá boa e eu penso fazer o casamento dela, se eu morrer, ela não fica sozinha... (Paciente 10)*

Os dois últimos relatos abaixo foram escolhidos porque neles é possível verificar que tentativas de aceitação, de integração da amputação no contexto das experiências pessoais, podem ser expressas pelas seguintes reflexões:

*Continuar minha vida de novo. Agora sem a dor ... mas também sem a perna. (Paciente 9)*

*Agora eu tenho que casar duas coisas ...  
pensar nas dores que não tenho mais e ao  
mesmo tempo pensar que aquilo ali era daquele  
jeito, que não podia ser diferente.*  
(Paciente 8)

O ambiente hospitalar já era conhecido para todos os entrevistados, menos para o paciente 12. Afora os repetitivos internamentos visando o tratamento da doença arterial - que se destinaram à realização de desbridamentos, simpatectomias, enxertos e próteses vasculares e até amputações anteriores -, havia relatos de experiências envolvendo controle clínico de outras patologias e cirurgias de médio e pequeno portes, às quais não se associaram acidentes ou qualquer intercorrência grave.

A inatividade, o tratamento impessoal e a falta de autonomia, tendo em vista a crise de identidade como resultado de profundas modificações do sistema referencial-existencial (MELLO F<sup>o</sup>, 1979), foram as queixas que mais se sobressairam no tocante à permanência no hospital. O desconhecimento acerca do que se passava e dos seus resultados me pareceu mais profundamente perturbador.

O motivo de internamento, os caminhos a serem seguidos no tratamento, o porque de tais exames, o que esperar de tais cirurgias, o que se pretende com tudo isso; nenhum paciente sabia ao certo. Às vezes, alguns até utilizavam a palavra enxerto. Ora se tratava da repetição literal do que lhe havia sido dito na véspera da cirurgia, ora traduzia a informação de uma operação destinada a *levar o sangue para o pé ou perna*. De qualquer forma, embora não comunicada, em uma e em outra situações, o enxerto significava também uma tentativa dolorosa que ao não resultar nos objetivos pretendidos, também não se acompanhou de medidas para

aliviar o sofrimento causado pela frustração das expectativas de resolução do problema. Talvez por isso, essas cirurgias fossem tão mal recebidas. Foram vistas como *um jeito de prolongar o sofrimento*.

E sobre amputação ? Antes de estar definitivamente indicada, pareceu não fazer parte da comunicação entre médicos e pacientes. Reforçando tal idéia, dois cirurgiões, discretamente, cuidadosamente, alertaram que, na minha primeira entrevista, não falasse em amputação, *para não deixar os pacientes nervosos antes da hora*. É possível especular que procurando negar, em si próprios e nos pacientes, a perda do membro entre as expectativas do tratamento, alguns profissionais desconhecessem que o diálogo franco e aberto sobre a amputação pudesse abrir possibilidades para a sua aceitação, colaborando para deixá-los ( e aqui eu penso, pacientes e médicos ) *menos nervosos antes da hora*.

Em fim, o silêncio de um fez-se silêncio no outro. Assim, esta forma de proteção, explícita enquanto dirigida ao paciente, não se revelou bem sucedida e o momento de comunicar, *oficialmente*, a inevitabilidade da amputação foi difícil para ambos. Era admitir que para atingir o objetivo primordial, aliviar a dor e assegurar a sobrevivência, médicos e pacientes não se empenharam em falar sobre o risco envolvido. A amputação foi comunicada como *fracasso* do tratamento.

Agora, ela se constitui, não em uma possibilidade que poderia ser negada mas em algo presente e inevitável. Aí, a parte foi tomada pelo todo, e a impossibilidade da preservação do membro foi comunicada como o fracasso de um tratamento que, podendo atingir o primeiro objetivo, partiria em busca de reabilitação motora e readaptação psicossocial da pessoa, a compensação da

perda, o objetivo mediato. É possível que deparando-se com a ameaçadora função de mutilar, o médico não tenha podido desempenhar o papel de uma prótese que substitui, ainda que parcialmente, a parte perdida. (COSTA, 1985).

A ausência de oportunidades de reabilitação pode ter concorrido para agravar o impacto da amputação, e o modo de conceber a vida após a cirurgia estava baseado na incapacidade e impotência já vividos em relação à doença, principalmente para aqueles com maior tempo de evolução e submetidos a maiores limitações. Assim, dentro da história pessoal e dos padrões defensivos utilizados para lidar com as situações de perda, puderam ser vistas também idealizadas expectativas em sair do hospital completamente curado, ou sugerindo culpa e punição onde a amputação foi considerada uma boa lição.

Por ocasião da alta hospitalar, os pacientes estavam agradecidos à equipe cirúrgica pelo alívio da dor isquêmica. Os planos para o futuro consistiam em viver a vida sem dor e adaptar o ambiente físico do lar às limitações motoras. Para superar as dificuldades, que certamente se seguiriam à amputação, todos os entrevistados contavam com a ajuda de seus familiares.

Entre as preocupações que assolavam o paciente, uma em especial se mostrou mais importante. Referia-se ao retorno da doença com a ameaça que representava quanto ao membro remanescente, mobilizando mais uma vez as teorias elaboradas para explicar seu aparecimento e medidas preventivas nelas baseadas.

## CAPITULO SÉTIMO

VII- A VOLTA PARA A CASA.....	168
VII.1- A VISITA DOMICILIAR.....	168
VII.2- AS VICISSITUDES DE RETORNAR AO SEU AMBIENTE.....	169
VII.3- INDEPENDÊNCIA MOTORA / NÍVEL DE ATIVIDADES.....	171
VII.4- ISOLAMENTO SOCIAL.....	174
VII.5- SITUAÇÃO DE PERIGO / RECIDIVA DA DOENÇA.....	176
VII.6- IMAGEM CORPORAL.....	178
VII.7- RELAÇÕES AFETIVAS.....	180
VII.8- AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA HOSPITALAR.....	183
VII.8.1- O MOTIVO DA AMPUTAÇÃO.....	183
VII.8.2- AJUDA / CONFORTO.....	184
VII.8.3- O PREPARO PARA A AMPUTAÇÃO.....	186

## VII- A VOLTA PARA A CASA

### VII.1- A VISITA DOMICILIAR

Quando o paciente saía do hospital, eu solicitava mais uma entrevista que teria lugar em sua residência, e então confirmava o endereço e o número do telefone, obtidos em consulta ao prontuário médico.

Foi difícil o acesso a algumas residências por falta de dados de localização mais precisos e da impossibilidade de um contato telefônico. Além disso, dois pacientes mudaram de endereço. Necessitando recorrer à vizinhança, eu fornecia informações que facilitassem a identificação, e constatei que referir-se à amputação era o fato que mais prontamente permitia chegar até a casa do paciente. Era o que o identificava junto à comunidade.

Algumas pessoas foram entrevistadas após seis meses, outras quando já eram decorridos onze meses desde a amputação. Tentando verificar como o paciente estava vivendo depois da cirurgia, particularmente naquilo que ele próprio havia considerado as prováveis mudanças, julguei que este seria o período oportuno.

Via de regra, a minha presença atraía a curiosidade dos

familiares que faziam questão de me receber e cumprimentar, em todas as ocasiões muito gentilmente. Quase sempre participavam do início da entrevista, ora complementando dados e emitindo breves opiniões, ora apresentando uma versão divergente para alguns acontecimentos. Mais cedo ou mais tarde eu ficava a sós com o paciente.

## VII.2- AS VICISSITUDES DE RETORNAR AO SEU AMBIENTE

Todos os pacientes continuavam morando em companhia de seus familiares.

A paciente 9 foi a única que não voltou para sua residência. Antes da cirurgia morava com um filho solteiro e era a responsável por todos os cuidados domésticos. Agora estava *passando temporadas nas casas dos filhos* e via neste fato uma *medida mais fácil pra todo mundo, porque tenho conforto e ninguém fica pesado de trabalho.*

Para todos, a experiência de voltar para casa representou a primeira confrontação com as consequências da amputação e os sentimentos mais presentes foram de angústia, temor e tristeza.

*Logo que eu cheguei eu estava nervosa, chorava, não dormia nem com remédio e não comia. Mas, depois do carrinho (cadeira de rodas) eu fui esquecendo. (Paciente 9)*

*Logo que saí eu me desesperei porque eu achava que não podia fazer nada. Levava tombo e esquecia que não tinha mais a perna. Mas, aos poucos fui acostumando e não tô desesperada mais não. (Paciente 6)*

*Me chocou bastante foi saber que eu vinha pra casa. Meu coração parecia que ia arrebentar. Eu olhei bem para a casa e me lembrei que eu ajudei a construir isso aqui com minhas duas pernas e hoje sem a minha perna o que é que eu vou fazer ? Me deu um estado de nervos, uma angústia que eu nem acredito. Agora já estou melhor. (Paciente 7)*

Para o paciente 1, a frustração diante da situação pode ter sido vivenciada como intolerável e profundamente ameaçadora, contribuindo para a eclosão de reações mais regredidas envolvendo comportamento destrutivo. Assim, a ação substituiu o pensar e a palavra na expressão dos afetos dolorosos. Na ausência de elaboração e integração, o paciente busca nos elementos externos a possível explicação para o seu comportamento desorganizado.

*Quando eu voltei do hospital eu revoltei, acabei com tudo o que tinha, quebrei o rádio, quebrei a cadeira. Não queria falar com ninguém, só queria ficar no quarto, sozinho. Eu não conseguia nem dormir. Meu irmão disse que eu não tava bom do juízo ... acho que foi muita injeção que tomei lá no hospital. (Paciente 1)*

Os pacientes 7 e 1 estavam acamados. A primeira se recuperava de infecção urinária, infecção respiratória e derrame pleural, além de inflamação do coto de amputação, e estava voltando de longa internação hospitalar para tratamento destes quadros clínicos. O paciente 1 havia se submetido a novas amputações - do hálux e de mais dois artelhos do pé direito; queixava-se de dor de repouso e acreditava que em breve perderia o membro inferior restante.

Com três outros pacientes a entrevista também foi realizada junto ao leito, mas os motivos alegados eram diferentes:

*está muito frio - paciente 2; só estou descansando - paciente 10; deitei agora para esquecer as idéias - paciente 12.* Ao longo das entrevistas pude perceber que estar recolhido ao leito era a regra e não a exceção como afirmavam.

Exceto os pacientes 1 e 7, que ainda necessitavam de tratamento clínico e cirúrgico, todos os demais estavam com aparência mais saudável e reconheciam ser este o maior ganho partir da amputação.

*Tô livre da infecção, dormindo bem e comendo bem, por isso estou mais gorda e corada.*  
(Paciente 9)

*Eu estou mais gordo porque parei de fumar e tenho tido mais apetite para comer mais, porque não tenho mais infecção, nem dor.*  
(Paciente 3)

*Só pra isso ela (a amputação) serviu. Agora eu estou mais disposta.* (Paciente 6)

### VII.3- INDEPENDÊNCIA MOTORA / NÍVEL DE ATIVIDADES

A grande maioria havia tentado caminhar com auxílio de muletas, mas por falta de treinamento adequado, *medo de cair e insegurança*, não persistiu. No momento da visita, a cadeira de rodas ainda se oferecia como única opção.

*É difícil andar de muletas, tenho medo de cair, fico sentindo mal e também não tem quem ensine direito.* (Paciente 2)

Somente a paciente 10, que antes da amputação já se habituara ao uso de muletas, dizia continuar utilizando-as. Mesmo assim, afirmava:

*... agora eu tenho medo porque caí no chão e bati a cabeça.*

Os pacientes 2, 7 e 9 utilizavam, no momento, exclusivamente, a cadeira de rodas. O paciente 3, com amputação bilateral, mesmo dispondo dela, preferia *andar de arrasto* porque, acreditava, não ter aprendido a manejá-la.

Apenas a paciente 8, a segunda mais jovem do grupo e com amputação infrapatelar, estava em treinamento para uso de prótese.

Os pacientes 4 e 12, tendo em vista a pequena extensão da amputação - artelhos e ante-pé, respectivamente - não necessitavam estritamente de medidas auxiliares para caminhar. Mas, o segundo, devido à dificuldade para cicatrização e rejeição às muletas, mantinha-se preso ao leito enquanto aguardava o momento para usar um tipo de sapatos, que ele acreditava ser a melhor medida de reabilitação física:

*Pensei de andar de muletas mas pedi a Deus para não precisar e não cuidei dela até agora. Eu fico sentado na cadeira e minha mulher me ajuda. Quando eu sarar de vez, eu vou comprar um kichute e vou poder andar.*  
(Paciente 12)

Quanto ao nível de atividades, pôde-se verificar que os pacientes 1, 3 e 7 ainda dependiam de ajuda até para o cuidado pessoal (banho, roupas, alimentação). Este maior grau de dependência e privação deu lugar queixas de isolamento e

desatenção às suas necessidades, ao lado de preocupações com as pessoas que se dispunham a essas tarefas:

*Fico sozinho, aí eu fico pedindo as coisas porque aí o pessoal vem me ver. (Paciente 1)*

*Eu me preocupo porque minha filha está presa, não pode ir a um baillinho, uma festa, só cuidando de mim. (Paciente 7)*

Os demais pacientes (2, 6, 9, 10 e 12) já estavam mais independentes e na ausência dos familiares poderiam se cuidar sozinhos. Ainda assim preferiam ser ajudados e estar acompanhados.

*Eu preciso, de que adianta querer bancar se eu não posso. Eu podendo faço sozinha, mas quando eles estão aqui eu fico mais calma pra fazer as coisas. (Paciente 2)*

*Em casa eu faço tudo. Eu posso cozinhar, posso até lavar e passar, o que puder fazer sentada. Mas se tem alguém para ajudar, eu gosto mais e não tô sozinha. (Paciente 6)*

As pacientes 4 e 8 não necessitavam e preferiam não receber qualquer ajuda. A primeira, devido a pequena extensão da amputação, e a segunda, pelo grau de independência motora alcançado, eram as únicas que retomaram em grande parte suas atividades anteriores.

Como já foi visto, a propósito da revisão bibliográfica sobre o tema, os autores são unânimes em afirmar que a adequada utilização da negação, para lidar inicialmente com as consequências da amputação, pode trazer grandes benefícios ao

processo de reabilitação. É possível especular que os melhores resultados alcançados pela paciente 8, entre todos do grupo, estejam também determinados por este processo defensivo, do qual parece ter-se utilizado em suas experiências do adoecer e da cirurgia.

Os demais pacientes ou realizavam pequenas tarefas manuais a título de lazer ou estavam quase completamente inativos.

*Eu não faço nada, fico sentado ouvindo rádio ou vendo televisão. A mulher sai pra trabalhar e deixa a comida aqui, junto de mim. Às vezes eu queria ir na área ou ver o povo passar na rua, mas eu fico sozinho e não posso sair de casa pra nada. (Paciente 3)*

*A minha vida é assim, sentadinha, fazendo crochê. Assisto novela, vejo televisão, tomo banho e ajudo um pouco a minha filha. Passeio, só no médico e bem agasalhadinha pra não tomar friagem. (Paciente 2)*

*Tudo mudou, foi tomar banho sozinho que eu não posso, foi até sentar na mesa que eu não posso (Paciente 3)*

#### VII.4- ISOLAMENTO SOCIAL

Os pacientes que possuíam meio de transporte (6,9,10) saíam para passeios em casa de amigos e parentes, mas ainda não tinham voltado a frequentar lugares públicos. Os demais (1,2,3,7 e 12) disseram sair apenas para ir ao hospital e dar continuidade ao tratamento, revelando maior prejuízo na vida social.

*Saio com meu sobrinho, ele vem me buscar de carro e eu vou passear na casa de minha irmã ou no aniversário de minha neta. (Paciente 6)*

*... Não saio, não converso com ninguém fora de minha casa. (Paciente 1)*

Os sentimentos mais responsabilizados pelo retraimento são a vergonha e o receio de ser alvo de comentários piedosos.

*Eu não gosto que fiquem olhando, eu fico vexada. (Paciente 2)*

*Algumas pessoas olham pra mim e dizem coitadinha ... não gosto disso de coitada, coitadinha. (Paciente 6)*

DEMBO (1956) comenta as reações de desconforto observadas no comportamento de pessoas sadias diante de pessoas incapacitadas. Acredita a autora que em decorrência, dois tipos de atitudes podem ser esperadas do recém-amputado. Quando a perda é vivida não como uma catástrofe mas como a nova situação passível de adaptação satisfatória, as reações da comunidade não encontrarão maior repercussão dentro do amputado e ele poderá receber a ajuda e o conforto que serão oferecidos. Mas, se a pessoa amputada avalia a si próprio num contexto de profunda diminuição da auto-estima, sentirá que essas reações negativas são amplamente justificadas e poderão determinar maiores dificuldades de reintegração social. Os pacientes identificam projetivamente a insatisfação com a sua aparência dentro do outro, o que vem a reforçar atitudes de isolamento e retraimento.

LUNDBERG & COL (1986) acreditam que estas reações confusas estão assentadas no fascínio e no receio que o espectador não-amputado experimenta. *Esses poderosos sentimentos podem refletir o medo inconsciente de incorporação da imagem corporal mutilada dentro do self do próprio expectador*, dizem os autores.

Uma outra forma de lidar com a amputação e a reação do público, foi observada na paciente 8.

*Eu não tō nem aí, nem percebo, e se olham eles disfarçam bem. (sorri)*

O discurso da paciente avaliado mais de uma vez dentro do uso importante da negação, que caracteristicamente esteve muito presente, sugere que o contato com a comunidade pode não ser tão tranquilo como manifestamente comunica, mas estar acompanhando de sentimentos dolorosos que busca evitar. Eu ouvi o seu riso, mas não senti a alegria que procurava transmitir

#### VII.5- SITUAÇÃO DE PERIGO / RECIDIVA DA DOENÇA

Dentro das atividades da vida diária não havia qualquer situação específica de perigo. Todas eram potencialmente ameaçadoras desde que o paciente se sentisse impotente para defender-se.

*Eu tenho medo de às vezes ficar sozinha e alguém entrar e me agredir e eu não poder me defender. Para isso as pernas fazem muita falta porque eu não posso correr. (Paciente 8)*

*Tenho medo de me levantar e ficar em pé porque posso cair. Ainda estou muito fraca e não vou poder me levantar. (Paciente 7)*

*Eu fico com medo de sair, de cair das muletas. Agora tenho medo porque caí no chão e bati a cabeça. (Paciente 10)*

A possibilidade de recidiva da doença, não só pela frequência com que foi relatada, mas principalmente pelo temor que acompanhava o discurso, as fantasias quanto ao outro membro já estar afetado e os cuidados desenvolvidos para evitá-la, pôde ser considerada a situação mais temida, a mais perigosa.

*Meu maior medo é ter o mesmo problema na outra perna. Os dedos dão agulhadas e eu não consigo dormir quando elas são fortes. Tive no hospital e eles dizem que não é nada. A consulta foi muito rápida, eu quero uma demorada. (Paciente 10)*

*Às vezes dói esses dedos e eu fico com medo. Não posso descuidar dessa outra perna porque aí fico sem nada. (Paciente 9)*

*A circulação da perna está ruim. Veja essa borbulha. Foi uma coisinha à toa e não sarou. Vou terminar perdendo essa outra perna e aí eu mato eu. (Paciente 1)*

## VII.6- IMAGEM CORPORAL

As queixas de demora na cicatrização do coto de amputação e de que o processo foi muito doloroso eram unânimes. Os pacientes 2, 3, 4 e 12 referiram espontaneamente a presença de sensação fantasma e dois pacientes (9 e 10) informaram sensações de caráter doloroso, por dois e três meses respectivamente, mas que já haviam cessado.

*O doutor falou que podia sentir a perna que a gente perdeu, e a gente sente mesmo. Quando chove ou faz frio, representa que a gente está balançando o pé pra baixo do colchão ... representa, mas não encaro não, se encarar é pior. Ai eu disfarço, eu esqueço. Não é conversa do povo não, a gente sente mesmo.*  
(Paciente 2)

*Eu ainda tenho a impressão de ter essa perna, eu sinto ela e ainda sonho com ela.*  
(Paciente 3)

*A dor em três meses sumiu. Aquela dor era igual, era como não tivesse feito a operação. Quando ela aparecia eu chorava porque ela doía como antes.* (Paciente 10)

As alterações que mais estavam associadas à imagem corporal eram de caráter positivo e se relacionavam a aumento de peso e estar mais corada como resultado direto de melhoras na saúde, obtidas após a cirurgia (já referidos anteriormente). Este tipo de resposta parecia também uma tentativa de evasão, de não falar do membro perdido. Muitas vezes foi necessário reformular a pergunta, dirigindo-a diretamente, enfatizando a perda do pé ou da perna.

Percebe-se então que a imensa maioria, independentemente de reconhecer a necessidade da amputação e do nível em que foi realizada, lamentava a perda. Chama a atenção nesses pacientes a importância do olhar.

*Às vezes, de noite eu acordo e lembro que não tenho mais a perna, e choro. (Paciente 9)*

*Eu sinto a falta do meu dedo; eu oiho e não vejo nada ... é triste. (Paciente 4)*

*Eu achei diferente. Só quando me acostumei a olhar é que fazia os curativos. (Paciente 10)*

A paciente 8 mantinha sua conduta baseada na negação:

*Não tenho sentido diferença, eu vou pro banheiro e sou eu mesma que lavo o meu coto.*

A maior dificuldade em elaborar a nova imagem corporal, em aceitar a irreversibilidade da perda da parte do corpo, podem ter contribuído para fantasias de incorporação do membro perdido.

*Um homem perguntou 'onde é que está a perna, o que aconteceu com ela?' Eu falei que não queria saber o que tinha sido feito dela, que os médicos é que sabiam que fim tinham dado, mas eu tive vontade de dizer: 'eu comi ela'. (Paciente 6)*

Talvez, evidentemente sem descartar outras hipóteses, a incorporação possa aqui ser compreendida como a tentativa, na qual, resgatando-o do exterior, de um destino discrepante com a

valorização simbólica, a paciente possa também resgatar todas as perdas a ele associadas.

#### VII.7- RELAÇÕES AFETIVAS

À exceção dos pacientes 1 e 3, que se queixaram de isolamento e desejariam receber maior atenção, todos os outros percebiam os familiares mais carinhosos e solícitos:

*A minha neta mais velha me faz muita companhia, ela me trata com muito carinho, qualquer coisa eu peço a ela. (Paciente 6)*

*Meu filho disse 'agora você é minha nenê' , todo mundo me pegava no colo ... Em casa é indiferente isso aí (a amputação), eles brincam o tempo todo, brincam demais. Meu filho é o pior ... não me sinto só. (Paciente 8)*

*Meu filho que era mais nervoso está bem mais calmo, e meu marido mudou, agora está sempre comigo. (Paciente 10)*

*Às vezes eu quero me virar na cama e eu tenho que chamar minha filha pra ajudar, ela tá num soninho tão bom e eu tiro ela da cama. Eu tenho até medo de perder essa felicidade que eu tô com meus filhos. Até meu marido mudou, o que eu já sofri tanto com esse homem e ele agora tá tão bom que eu tenho medo de perder essa felicidade, de perder tudo isso. (Paciente 7)*

A mudança de atitude dos familiares como foi percebida pela paciente 7 pode estar se traduzindo na satisfação infantil de ser cuidada, mimada e presenteada. A atenção requerida e recebida, em decorrência da amputação, parece ter mobilizado os membros da família de forma a criar uma atmosfera psicológica tão privilegiada, tão satisfatória, que a despeito das limitações torna-se vantajoso manter-se inválida. A este respeito, creio que, a leitura da entrevista realizada por ocasião da visita à paciente, será mais esclarecedora.

A título de ilustração, fica aqui registrado o comentário de um familiar, que faz uma reflexão crítica, bastante acurada, do comportamento da paciente. Embora pareça desnecessário, devo dizer que esta postura crítica é alvo da censura de todos os outros membros da família.

*Eu queria que ela andasse de muletas para ter mais autonomia. Ela passa roupa e escolhe o feijão e só. Talvez minha mãe não queira andar de muletas porque tá todo mundo ao redor dela, porque antes dela adoecer ela não tinha isso, carinho do meu pai. Meu pai não tinha carinho nenhum pra ela. Eu e os outros filhos sempre fomos muito apegados a ela, mas do ano passado pra cá, todo mundo ficou mais voltado pra ela. Quem sabe, lá no íntimo dela, ela tem medo de perder tudo isso. Quer dizer, ela pode pensar, se eu andar, x vai trabalhar, y vai jogar bola, meu marido vai sair de casa...*

À exceção das pacientes viúvas, todos os demais afirmaram que tinham vida sexual ativa, e que, apesar de variações individuais, verificaram uma redução bastante acentuada durante a fase mais crítica da doença.

Após a amputação, apenas duas pacientes relataram a retomada das relações sexuais. Em seus discursos, a dor no coto de

amputação e o desconforto no leito durante o ato sexual foram, manifestamente, as únicas dificuldades ocasionadas pela cirurgia. Os silêncios, as reticências, o olhar abaixado me fizeram pensar que outras dificuldades possam também estar presentes, além daquelas que se permitiram comentar.

Vejamos os relatos:

*A operação ainda dói e não dá muito jeito pra deitar sem machucar a perna ... meu marido comprou duas camas de solteiro pra não machucar a minha perna (silêncio) a cama de casal não faz falta. (Paciente 10)*

*Tá difícil. É porque eu fiquei muito tempo sem nada e agora tá difícil de acontecer. machuca demais e incomoda (silêncio). Tem acontecido. (Paciente 8)*

O paciente 1, o único solteiro, voltou a enfatizar que não gosta de sair com mulherada que não me pertence revelando manter o comportamento sexual já descrito antes da cirurgia. O paciente 3, portador de amputação bilateral, afirmou que ainda não havia pensado nisso e não fez qualquer comentário adicional.

Os pacientes 6 e 12 foram os dois únicos que associaram a abstinência sexual à diminuição do desejo, motivada pela insatisfação com a imagem mutilada do seu corpo.

*Assim, desse jeito, cotó, eu fico vexada, eu não tenho nem gosto nem vontade. Ele (o marido) respeita isso, se eu não quero, ele também não quer. (Paciente 6)*

## VII.8- AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA HOSPITALAR

### VII.8.1- O MOTIVO DA AMPUTAÇÃO

A avaliação do motivo da amputação não diferiu, substancialmente, daquela efetuada enquanto o paciente estava hospitalizado.

*Eu acho que não tinha outra coisa pra fazer. O sangue não ia pra lá, tava apodrecendo, ficou preto, doía e eu ficava como louco de dor. (Paciente 1)*

*O motivo foi que eu ia perder a vida por causa disso e já não aguentava mais a dor. Ela é insuportável, não tinha outra saída. Eles me disseram que a resolução era minha, mas não tinham outra coisa pra fazer. Já tinham tentado o enxerto mas não tinha dado certo. (Paciente 3)*

A paciente 7 desejava manter-se na mesma atitude que assumiu durante a permanência hospitalar. Decorridos oito meses da realização da cirurgia, mais uma vez optou em refletir a respeito do sofrimento que viveu em detrimento de uma avaliação dos motivos que culminaram com a amputação. Diz a paciente:

*Não sei bem, não. Só sei que operaram depois ... eu sofri tanto que nem lembro como foi ... o que passou eu não quero nem lembrar ... eu só queria saber porque ia operar, porque ia cortar, mas fiquei tão passada que acabei nem ligando.*

A paciente 10 reformula sua teoria, segundo a qual a doença era o resultado de uma barganha, aceitando a explicação cientificamente orientada. Diz a paciente:

*As veias ficaram entupidas por causa da trombose, o sangue não circulava, o pé morreu e os dedos estavam caindo.*

Confrontada com aquela elaborada anteriormente, reflete a paciente:

*Eu pensei, mas é que quando a gente está nervosa, a gente pensa um bocado de coisa que não é bem verdade. Depois se acalma e vê que foi bobagem. Aquele sofrimento era demais.*

A atitude mais encontrada diante da amputação foi descrita com palavras que mais traduzem resignação que adaptação. O tom de voz empregado era pausado e a expressão fisionômica era de tristeza: *Estou conformada.* (paciente 2); *Eu fui acostumando.* (paciente 6); *Tinha que ser.* (paciente 3).

#### VII.8.2- AJUDA / CONFORTO

A menção à ajuda recebida durante a internação foi, preferencialmente, relacionada aos cuidados físicos e nesse sentido os profissionais não-médicos foram percebidos como prestativos, cuidadosos e atentos aos aspectos mais regredidos da conduta dos pacientes. A qualidade da alimentação e da higiene também foram alvo de comentários.

*As enfermeiras davam banho em mim, faziam os curativos. Era todo mundo bom. (Paciente 2)*

*Uma enfermeira dizia que eu tinha que comer e me dava comida na boca. Só assim eu comia uns bocados, porque se era pra eu comer com minha mão, eu não tinha vontade de nada. (Paciente 12)*

*As enfermeiras me trataram muito bem, eu não tenho o que dizer delas. A comida só era ruim porque era sem sal, mas a roupa de cama era trocada toda vez que sujava. Só uma enfermeira magra era brava. (Paciente 3)*

É possível especular que a projeção de aspectos idealizados e persecutórios, mais intensa na figura dos médicos, seja contribuinte importante na avaliação, que os pacientes fazem, da atuação desses profissionais no lidar com a pessoa enferma:

*O doutor x é uma pessoa excelente, mas o doutor y não, ele é um grosso, briga com o doente e fala alto. Ameaçou mandar engessar a perna se eu não esticasse ela. Mas, aí eu disse 'faça isso pra ver o quanto eu grito, faça isso pra ver o escândalo que eu faço'. Ele pode ser muito bom como médico mas o jeito dele falar com a gente, eu não gostei não. A gente tá doente, chega um médico bruto, a gente fica mais doente ainda. (Paciente 3)*

*Os médicos de lá têm amor ao trabalho deles. Eles salvaram a minha vida e a minha perna (Paciente 12)*

*Os médicos deviam ser mais carinhosos, não é? (Paciente 7).*

Eu queria que eles tivessem conversado logo comigo, mas eles foram falar pra minha família e meus filhos chegaram chorando, ninguém queria autorizar a operação. Depois é que o doutor me falou que era preciso amputar. (Paciente 6).

A palavra conforto foi associada à atenção aos aspectos emocionais. Aqui, as referências são às nossas entrevistas, que parecem sentidas como tranquilizadoras, a oportunidade de desabafar, por fim alguém para ouvir.

A gente (a paciente) precisa ter alguém pra conversar, como a gente (eu e ela) conversou, porque veja, a minha família é muito nervosa, e eles (os médicos) só fizeram eles (os familiares) chorar e mais nada, porque até quem assinou o papel (autorização a amputação) foi eu. (Paciente 6).

Você foi o principal conforto. As enfermeiras e o doutor foi tudo bacana e honesto, mas as nossas conversas, você ficar escutando foi muito bom. É difícil a gente encontrar alguém pra ficar escutando. (Paciente 8).

Todo mundo foi legal e bom para mim, mas o maior conforto foi poder conversar. Às vezes a gente tá abafada e precisa desabafar e aí você chegava, puxava aquela cadeirinha e sentava e ficava ouvindo. A gente sabia que você não tava com pressa, se tivesse não sentava, né... sentava e ficava quieta, ouvindo, né? (Paciente 10).

### VII.8.3- O PREPARO PARA A AMPUTAÇÃO.

Esta última indagação ( como voce acha que as pessoas que vão ser amputadas deveriam ser preparadas?) deu margem a respostas

muito diversas. Os pacientes 1 e 7 acreditam que a melhor maneira de se preparar uma pessoa para se submeter a uma amputação é não postergar a realização do ato cirúrgico. Parece ainda sentirem dificuldade em lidar com a frustração gerada pelas tentativas, sem sucesso, de restauração arterial, empreendidas para conservar o membro.

*Enquanto eles pensavam em fazer enxerto eu estava morrendo de dor. (Paciente 1).*

*Eu cheguei a falar: 'faz de uma vez pra não voltar mais' (para a sala de cirurgia) mas eles diziam 'vamos tentar'. (Paciente 7).*

A paciente 10 investe na negação da realidade, e diz:

*O que eu queria era que ele dissesse que não precisava cortar a perna, mas não tinha jeito mesmo.*

Os pacientes 2,3,e 12 ressaltam seus recursos pessoais e valores religiosos:

*Eu fui preparada por Deus sabe, porque se pensar bem, eu acho que a própria dor prepara a gente. Quando a dor é demais a gente cria coragem e enfrenta tudo. (Paciente 2).*

*Como deve ser o melhor jeito eu não sei, uma palavra amiga vale muito, mas o problema é mais com a gente, chega o momento que a gente tem que decidir (Paciente 3).*

*O meu preparoamento foi minha coragem. Ela foi uma benção de Deus e vem de dentro da pessoa. A gente vai vendo que não tem jeito e vai se conformando (Paciente 12).*

Através dos relatos acima é possível perceber que os pacientes identificam que não houve qualquer abordagem dirigida aos aspectos emocionais envolvidos na traumática experiência que atravessaram.

LITTLE e COLS (1974) e MAC BRIDE e COLS (1980), em seus estudos, apontam para as queixas de seus pacientes amputados, quanto ao precário aporte emocional a eles oferecido nos Hospitais Gerais.

Aqui, as queixas também estão presentes e a valorização atribuída às nossas entrevistas, revestidas de caráter tranquilizador, pode servir como um forte indício de uma carência a ser suprida.

LUNDBERG e COL. (1986) afirmam que o psiquiatra no hospital poderia avaliar o paciente no pré e pós-operatório, prover informações e recomendações para os primeiros cuidados e dar terapia de suporte ao amputado... *A avaliação precoce e um seguimento com terapia, dizem os autores, pode ter um impacto significativo tanto nas sequelas pós-cirúrgicas imediatas, como na adaptação a longo prazo.*

Entre nós, TRACTENBERG (1986) vai mais longe e numa visão mais abrangente sugere a criação de serviços de psicoprofilaxia anexos aos departamentos de cirurgia cardíaca e vascular *junto aos objetivos de prevenção e tratamento da angústia neurótica e psicótica dos pacientes.*

De qualquer forma, é possível acreditar que através da utilização de medidas mais satisfatórias, sugestões como a que foi oferecida pelo paciente 12 não faça parte das expectativas quanto ao que seja a abordagem adequada, destinada àquele que tenha dificuldades em aceitar a realização da amputação.

Disse o paciente:

*A pessoa tem que ter coragem porque eles (os médicos) não são Deus para dar a vida a ninguém. Eles aplicam meio de salvar, mas se não tem jeito... se ele (o paciente) não tem coragem de jeito nenhum, tem é que amarrar o bicho e cortar... ele (o paciente) entende mas faz que não entende.*

Com a visita domiciliar foi possível reencontrar o paciente, e desta vez em seu ambiente, com sua família. Vê-lo com sensível melhora do estado geral, aliviado da dor e sem as inibições condicionadas pelo ambiente hospitalar.

Quase todos (e as exceções são os pacientes 1 e 7) falavam com muita satisfação do resultado obtido a partir da cirurgia, o que significava o fim do sofrimento de muito tempo. Mas, mais cedo ou mais tarde, com o progredir da entrevista, ficava cada vez mais claro que, afora esses objetivos mais imediatos, a amputação do membro trouxe consigo um grave prejuízo em amplos setores da vida, principalmente porque não se acompanhou de um programa assistencial que facilitasse o retorno às atividades habituais e a adaptação psicossocial da pessoa. Neste sentido, a amputação se traduziu na manutenção de um estado que em muito se assemelhava à situação anterior, só que agora sem a dor. As limitações que o paciente relatava eram as mesmas, senão maiores.

Além de pequenos trabalhos manuais, não havia a retomada de qualquer atividade produtiva. O lazer estava restrito a alguma leitura e a programas de televisão e rádio. A prática religiosa, passeios e visitas a amigos e parentes não mais se realizavam, desde a cirurgia.

Aqueles que dispunham de melhor condição financeira

adquiriram cadeira de rodas e a utilizavam, sempre com auxílio de terceiros. Os demais contavam com a ajuda de muletas, mas só para pequenos trajetos dentro de casa, a fim de atender a seus cuidados pessoais.

Resultados bem mais satisfatórios foram obtidos pela paciente 8, integrada a um programa de reabilitação, e pela paciente 4, aquela que sofreu a amputação em nível mínimo, o mais distal possível. Para ambas, a amputação resultou, fundamentalmente, naquilo que ela tem de traumático em si mesma, a agressão emocional que representa a mutilação do corpo. As perdas trazidas pelo processo isquêmico periférico estavam, aos poucos, podendo ser resgatadas ou minimizadas.

O reaparecimento das manifestações clínicas da patologia arterial se constituía para todos, independente do nível de amputação, na expectativa mais temida. Para o paciente 1 esta era uma situação concreta, pois no intervalo entre a alta hospitalar e a visita que lhe fiz, já havia sofrido novas pequenas amputações, a nível de artelhos, e temia outra cirurgia mais ampliada. Mantinha-se preso ao leito, angustiado e não observava as recomendações quanto à abstinência do cigarro (sabidamente um elemento danoso a sua saúde) apresentando uma evolução bastante desfavorável.

Esclarecidos quanto à frequente ocorrência de sensações fantasmas após a amputação, os pacientes não pareciam perturbados com essas manifestações, e lidavam com elas reafirmando para si que o membro não estava mais ali ou muito sabiamente como disse a paciente 2: *representa que ele está lá, aí eu esqueço*. A perda do membro, enquanto mutilação do corpo, foi profundamente lamentada e estava associada à vergonha e ao constrangimento de, em contato com

o público, ser alvo de comentários piedosos, que certamente causam maior repercussão em virtude das perturbações da auto-estima.

Todas essas circunstâncias parecem ter contribuído para o afastamento do convívio social e ao estabelecimento de um tipo de relação interpessoal caracterizado por impotência e dependência.

Na avaliação a respeito da permanência hospitalar, os pacientes se mostraram agradecidos pelos resultados técnicos, mas teciam reparos aos aspectos do relacionamento humano e voltaram a se queixar da falta de informações, como também a criticar o contato pouco afetivo e desatencioso para com suas opiniões e emoções.

Muito curiosa foi a reação à pergunta que visava conhecer as opiniões sobre o preparo da pessoa que sofreria uma cirurgia para amputação. Havia quase sempre, por parte do paciente, uma pergunta adicional para melhor entendimento: *preparar como? O que eu acho que eles deveriam fazer? Mas não faltou nada, eles não fizeram todos os exames?* e as respostas eram dirigidas aos aspectos mais técnicos, a importância de seus recursos pessoais e valores religiosos. Embora podendo reconhecer que as entrevistas que tivemos representaram alguma ajuda do ponto de vista emocional, os pacientes não as identificaram entre as medidas necessárias à abordagem do paciente a ser amputado. Talvez isso se deva a que não faça parte das suas expectativas ou de experiências passadas receberem cuidados psicológicos em tais situações.

A reabilitação da pessoa amputada é uma ampla questão, que se inicia antes da cirurgia e comporta a participação de diversos profissionais, entre eles, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, assistente social e terapeuta ocupacional, envolvidos na tarefa de assistir o paciente, para

torná-lo tão independente quanto possível, dentro dos limites de sua capacidade, de tal forma que ele possa voltar ao seu meio ambiente para uma vida produtiva. Dentro de uma proposta de trabalho integrado, a formação de grupos Balint, como já tem sido efetuado em nosso meio, poderia se revelar uma forma de auxílio inestimável ao funcionamento da equipe (BALINT, 1961; CASSORLA, 1989;1990).

Por fim, vale ressaltar as palavras de Janet Engstrand (1976) quando ela afirma que recusar um programa ativo de reabilitação a uma pessoa amputada, é condená-la a uma cidadania de segunda classe, à margem do veio principal da sociedade em que ela formalmente participava (ENGSTRAND, 1976).

## **CAPITULO OITAVO**

VIII- CONCLUSÃO.....	194
----------------------	-----

## VIII- CONCLUSÃO

### VIII.1- O PROBLEMA E O MÉTODO

No interesse em lidar com o paciente amputado por doença arterial oclusiva crônica, a minha atenção voltou-se, especialmente, para conhecer os caminhos que o conduziram através da doença e dos tratamentos já efetivados até à realização da amputação do membro.

Numa revisão crítica dos trabalhos que enfocam a amputação como procedimento cirúrgico adotado para tratamento radical de doenças vasculares, verifiquei que, ricos e detalhados, voltam-se para as modificações que se seguem à cirurgia, utilizam métodos quantitativos e visam resultados e discussão que não trouxeram o aprofundamento no tipo de conhecimento que eu desejava. Mais que isso, não se coadunam com o meu jeito de me aproximar das pessoas.

O método clínico se apresentou como a melhor opção e a entrevista semi-estruturada o mais indicado instrumento. Ele me ofereceu uma visão mais global da pessoa, me permitiu descrever e compreender as fantasias, os sentimentos, as atitudes e expectativas dos pacientes em estudo, proporcionou acesso aos meus sentimentos, às minhas emoções diante de tais situações. O método

clínico se mostrou útil para atingir os objetivos propostos.

As dificuldades de realização da entrevista mostraram-se vinculadas à necessidade do paciente em permanecer acamado, o que não o permitia sair da enfermaria para um local de maior privacidade e dava ensejo a interrupções e até a participação, não requerida, dos companheiros de quarto.

Enquanto alguns cirurgiões *estranharam* o fato de uma psiquiatra estar interessada pelo tema e trabalhar numa enfermaria de cirurgia, a receptividade dos pacientes não comportou qualquer questionamento de tal ordem. Logo perceberam que havia espaço para as queixas predominantemente orgânicas e, aos poucos, numa atitude mais próxima, falavam de seus receios, expectativas e angústias diante da situação em que se encontravam.

A atitude de escuta e a minha postura, sentada junto ao leito, foram percebidas como a mensagem implícita de que um tempo estava destinado aos nossos encontros. Isto facilitou a alguns pacientes me identificarem como alguém que *não é daqui*, tendo em vista esse comportamento diferenciado. O contato sentido atencioso e confiante permitiu a alguns se colocarem como *meus pacientes*.

## VIII.2- AS TEORIAS DA DOENÇA

A doença arterial crônica traduziu sempre uma patologia extremamente dolorosa, grave, de longa evolução, progressivamente limitante e responsável por perdas significativas.

Estão associadas à doença, entre outros: o comprometimento da imagem corporal, em que as partes do corpo são

descritas como *apodrecidas e arruinadas*; o prejuízo financeiro, pelo afastamento das tarefas profissionais; o isolamento social induzido pelas dificuldades em participar das atividades de lazer, de práticas religiosas; modificações importantes na dinâmica familiar, implicando na inversão de papéis de protetor a protegido, de provedor à dependente; e, a diminuição do interesse sexual, atribuída ora à dor e ao desconforto, ora ao receio de sentir-se rejeitado pelo parceiro.

Para lidar com tal experiência, todos os pacientes elaboraram teorias de causa e efeito na busca de explicar o aparecimento da doença. As concepções estão relacionadas aos aspectos mais cotidianos, entre estes, as condições climáticas e de trabalho; às antigas experiências do adoecer, sejam suas ou de pessoas significativas. Alguns falaram em etiologia contagiosa grave; outros invocaram elementos místicos. Regressivamente, o adoecer parece ter mobilizado onipotentes fantasias persecutórias de aniquilamento e destruição, de dano irreparável promovido pelo que foi sentido serem ataques destrutivos vorazes, de inveja e de ciúme, e profundos sentimentos de culpa inconscientes exigindo castigo e punição. As defesas mais importantes foram os mecanismos de divisão, identificação projetiva, idealização e negação onipotente.

A tentativa de relacionar a doença arterial com outras condições clínicas associadas, revelou, ora desconhecimento, ora resistência em aceitar a orientação científica. Não identificado como fator de risco contribuinte à doença, a hipertensão arterial não foi associada à ela. Possivelmente norteados por fortes sentimentos de culpa, em particular quanto às transgressões às recomendações de dieta especial e de abstinência ao hábito de

fumar, os diabéticos e tabagistas negaram a importância dos dois fatores na eclosão, manutenção e agravamento da patologia.

Em concordância com suas teorias, os pacientes iniciaram algum tipo de cuidado que estava direcionado principalmente ao combate à dor e ao esfriamento das extremidades.

### VIII.3- A AMPUTAÇÃO

O internamento hospitalar foi considerado um sinal de agravamento da doença. A partir daí, a ameaçadora fantasia sobre a amputação inevitável esteve constantemente presente. Era a mais temida expectativa do tratamento médico a ser realizado. Um fator agravante foi o precário conhecimento quanto ao motivo do internamento e ao curso do tratamento.

A comunicação da cirurgia foi difícil quer ao paciente, quer ao médico. O contato foi sentido rápido, desatencioso e insuficiente para o esclarecimento de suas dúvidas e a tranquilização de seus temores.

A brevidade do período pré-operatório não contribuiu em permitir melhor elaboração e integração da perda. Ao invés disso, mobilizou, mais uma vez, os aspectos mágicos envolvidos no adoecer e facilitou a emergência de expectativas irrealistas quanto aos resultados esperados da amputação. Os resultados realistas incluíam: assegurar a sobrevivência e aliviar a dor. Mas, a amputação significou também um castigo, uma lição, ou a solução mágica para todos os problemas de saúde. Como exceção, ela pôde ser sentida uma experiência enriquecedora.

As consequências esperadas da perda do membro estão referenciadas diferentemente. Os pacientes com evolução mais antiga, e portanto submetidos a amplas limitações, acreditam que as mudanças serão de pequena magnitude. Quando o curso da doença não é tão prolongado, as mudanças aguardadas são mais dramáticas. Em maior ou menor grau, elas se referem em comum ao sentimento de perda de capacidades e o conseqüente aumento da dependência. Assim, a alteração do esquema corporal, a dificuldade de locomoção, a volta ao trabalho e à condução das tarefas domésticas, os problemas financeiros e o isolamento social são as maiores preocupações

As expectativas mais otimistas de reintegração social estão baseadas, não nos recursos próprios ou em medidas de reabilitação, mas no apoio dos familiares. Familiares que, por sua vez, não receberam a atenção e orientação indispensáveis para melhor cuidar de seus pacientes.

No período pré-operatório, a amputação, além do caráter intrinsecamente traumático pelo que representa a mutilação do corpo, se anunciou com perdas bastante significativas, em contrapartida às quais não foram oferecidas oportunidades de reparação.

Por todas essas considerações, o período pré-operatório pôde ser considerado uma situação de grande vulnerabilidade, propício à ruptura dos padrões defensivos e à eclosão de manifestações emocionais de caráter patológico.

Ao sair do hospital, o paciente estava, particularmente, voltado para os cuidados com a cicatrização do coto de amputação, às questões mais imediatas de retorno ao convívio familiar e às modificações a serem implementadas no ambiente físico. Outros

planos para o futuro não eram específicos, sob a alegação de não haver tempo para elaborá-los. Como preocupação maior, a possibilidade de recidiva da doença com o risco de perder o outro membro, ganhava destaque entre os temores dos pacientes quanto à sua vida futura. Mais uma vez foram invocadas as concepções próprias acerca da doença e cuidados preventivos nelas baseados.

As exiguidade de tempo entre a realização da cirurgia e a alta hospitalar mostrou-se insuficiente para o contato com as medidas de reabilitação, especificamente o uso de muletas, e para a conscientização da adoção de medidas preventivas cientificamente orientadas em relação ao membro remanescente, e às condições de saúde em geral.

Ao final da experiência hospitalar, todos os pacientes estavam gratos à equipe cirúrgica pelo alívio da dor isquêmica e preservação da vida.

#### VIII.4- A COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O nível de conhecimento exibido pelo paciente, quanto à doença e ao tratamento, é precário. Até mesmo pacientes com evolução mais longa e há anos em tratamento médico ainda falavam em diabetes, cigarro, de forma dissociada e desejando saber o que *faz a veia entupir*.

O esclarecimento oferecido pela equipe médica acerca da doença arterial foi aceito ou contestado, na medida em que pôde ser percebido e utilizado para o alívio ou reforço dos sentimentos dolorosos subjacentes. A relação entre o médico e os seus

pacientes, que poderia ter sido decisiva para a aceitação, entre os últimos, dos preceitos científicos, e, assim diminuir a participação dos aspectos mágicos, não obteve o êxito desejável.

A informação entendida quanto ao motivo do internamento - *para tratar do pé ou da perna* - foi considerada pouco esclarecedora em relação ao que já foi realizado e se pretendia ainda realizar, além de, em sua formulação, privilegiar e reforçar um tipo de relação parcial com a *parte doente* em detrimento de uma visão holista da pessoa.

No curso do tratamento, a forma de comunicação mais utilizada - *estamos fazendo tudo possível* - pareceu encerrar a idéia de uma totalidade de ação nas mãos dos médicos, na qual, ao paciente nada mais resta senão submeter-se.

Até mesmo em pessoas que eram capazes de falar em enxerto, verificou-se que a palavra não traduzia a compreensão dos verdadeiros esforços que eram destinados a evitar a amputação. Antes, revelava algo muito distante, que se associava a tentativas dolorosas nas quais não se incluíram medidas para lidar com o sofrimento de expectativas frustradas. Talvez por isso essas cirurgias fossem tão mal recebidas.

O desconhecimento a respeito do tratamento se estendeu às condições de realização do ato cirúrgico. Muitas pessoas não souberam falar sobre o nível de amputação, o tipo de anestesia ou mesmo quem seria o seu cirurgião. Foram vistos, então, mecanismos de negação e atitudes *heróicas* para lidar com tais situações.

As fórmulas comunicacionais utilizadas não favoreceram a explicitação de questionamentos e foram repetidas literalmente, sem revelar qualquer conhecimento adicional. Tais procedimentos não propiciaram ao paciente assumir a condição natural de

co-participante do seu tratamento.

A comunicação da inevitabilidade da amputação foi o momento mais crítico. Pareceu que todas as fantasias dolorosas se materializaram instantaneamente. A colocação habitual, *não tem mais jeito, vai ter que amputar* continha a afirmação de um fracasso que foi compartilhado por médicos e pacientes. O fim da linha. O médico, identificado com a parte doente, esquecia tudo o mais que representa a pessoa doente, por quem muito ainda havia a se fazer, a se realizar. Encerrando ali, com a amputação, o seu trabalho, desconsiderou o longo caminho a percorrer no restabelecimento da pessoa. Desta forma, não foram apresentadas oportunidades de reabilitação, de reparação.

Na tentativa de compreensão da interação comunicacional, são apontados alguns fatores que, se não detectados a contento, podem ser considerados prejudiciais ao estabelecimento de uma relação terapêutica mais produtiva.

Por um lado, os pacientes se mostraram pessimistas, descrentes e desesperançados quanto aos tratamentos realizados. A longa evolução da doença, a escassa informação sobre as variadas medidas terapêuticas propostas e seus resultados insatisfatórios, são motivadores desses sentimentos. Em alguns, os elementos idealizados, presentes na busca da cura mágica e onipotente, foram aos poucos dando lugar aos aspectos persecutórios com sentimentos de raiva e descontentamento, mobilizados e mantidos pela frustração, na medida em que o restabelecimento da saúde não se deu. Talvez, a partir daí, seja possível compreender, entre as pessoas entrevistadas, a crença de não receberem a atenção suficientemente cuidadosa e a emergência dos sentimentos de rejeição e retaliação encontrados.

Por outro lado, estão descritas atitudes médicas que foram percebidas como desagradáveis e podem ser compreendidas como pouco adequadas e insuficientes no contato com os aspectos regredidos de seus pacientes. Talvez, depositário das projeções dirigidas pelo paciente e sentindo-se identificado com elas, o médico tenha respondido com posturas onipotentes em detrimento do conhecimento e aceitação de suas limitações para lidar com a situação oferecida. É possível especular que sentindo-se *fracassado* diante da necessidade imperiosa da amputação, deparou-se com a função mutiladora, não sendo capaz de mobilizar-se para exercer sua função reparadora integralmente.

Acredito que a exiguidade de tempo observada entre a indicação da amputação, a realização da cirurgia e a alta hospitalar, possa ter, entre outros, relação com esses eventos.

#### VIII.5- AS MUDANÇAS NA VIDA

A reintegração social verificada após à amputação pode ser considerada muito deficiente.

As pessoas se mantêm dentro de casa e são, em sua maioria, autônomos apenas para a realização de cuidados pessoais mais básicos.

Os meios de reabilitação utilizados se mostraram insuficientes para permitir locomoção satisfatória. Estas dificuldades foram apontadas como as mais importantes para o isolamento social em que se encontravam, embora esteja evidente a profunda queda da auto-estima vinculada à imagem mutilada do

corpo.

A retomada do trabalho habitual não se deu, seja para aqueles que contavam com atividades remuneradas, ou não. Entre os últimos, as mulheres disseram sentir-se incapazes na condução das tarefas domésticas. A maior dependência mobilizou em alguns, durante certas fases, a negação como defesa útil, o que se mostrou eficaz no processo de reabilitação. Em outros, a dependência foi utilizada de modo a obter ganhos a partir da valorização da limitação objetiva.

Dentro da adaptação, possível para cada um, às mudanças acarretadas pela nova situação, a recidiva da doença e o temor de perder o outro membro permaneciam como fantasias mobilizadoras de grande angústia.

Para complicar o quadro, a relação parcial com a doença, favorecida pelos processos de dissociação, e a manutenção das teorias leigas quanto à etiologia, deram margem a medidas preventivas consoantes com esses aspectos, enquanto as recomendações em relação à abstinência do fumo e à dieta especial para os diabéticos não estavam sendo obedecidas.

Mas, foi possível verificar diferenças. Aqueles com melhor aceitação do conhecimento científico e cuja relação terapêutica pôde ser estabelecida com menor participação de elementos onipotentes, portanto mais realista e mais produtiva, apresentaram-se menos ansiosos, melhor adaptados e seguiam a orientação médica mais adequadamente.

## VIII.6- COMENTÁRIOS FINAIS

Através do estudo, ficou evidenciada a força determinante que os sentimentos e concepções elaboradas pelo paciente exercem no modo de reagir à doença, e em seu posicionamento frente ao tratamento e às medidas preventivas.

Acredito que os dados obtidos possam subsidiar a elaboração de hipóteses que venham a contribuir para a comunicação entre a equipe terapêutica e a pessoa acometida de doença arterial crônica. A facilitação da relação entre eles, se constitui valioso instrumento a se obter a participação mais efetiva, mais produtiva de ambos no equacionamento do problema.

1- Um campo aberto à discussão do diagnóstico, dos resultados dos exames complementares, da importância das medidas instituídas visando o controle das condições associadas, favorecerá a compreensão do fenômeno da doença, e promoverá modificações positivas ao minimizar a força dos aspectos mágicos envolvidos na interpretação do adoecer. Outra consequência direta, a visão integrada mente-corpo, uma unidade, deslocará a ênfase da abordagem para o restabelecimento da saúde, entendida na conotação globalizante e não mais dirigida aos aspectos parciais da *parte doente* ou baseada na assustadora ameaça da perda de um membro.

2- A compreensão que o médico possa elaborar acerca da influência patogênica dos conflitos inconscientes na determinação dos comportamentos avessos às recomendações de caráter restritivo, propiciará tolerância maior aos aspectos regredidos. O espaço oferecido ao paciente para a verbalização das dificuldades

em seguir adequadamente a orientação recebida, aliviará o peso opressivo da culpa na manutenção e agravamento do quadro clínico. A aceitação de que este é um problema com o qual ambos, médico e paciente, precisam lidar, facilitará ao paciente encarar tais circunstâncias, não como a ordem médica, mas a partir da necessidade de assumir o papel de colaborador que lhe cabe na condução do tratamento. O benefício natural desta postura poderia ser observado na redução da projeção, na figura do médico, de aspectos idealizados e de controle onipotente da doença.

3- O acompanhamento mais próximo das etapas do tratamento, nos objetivos, vantagens e limitações, pode se revelar útil na prevenção de expectativas irrealistas e frustração profunda com que se revestem as cirurgias restauradoras. Em consequência, este clima de confiança e aceitação de limites resultará na possibilidade de verbalização das fantasias acerca do tratamento, inclusive dos receios da amputação. Receios que se mostraram presentes desde antes da internação hospitalar e aos quais foi-se restringindo o espaço da palavra, na proporção em que a amputação, como realidade, mais se aproximava.

4- Enquanto para o amputado traumático todas as perdas encontram-se referenciadas a partir da amputação, na pessoa com doença arterial crônica as perdas são vividas também cronicamente, e o período que antecede à cirurgia se mostra repleto de impedimentos às mais variadas atividades. A abordagem médico-psicológica à operação poderia privilegiar a ventilação desses eventos, a fim de permitir que o membro a ser amputado não seja excessivamente valorizado como o representante de todas as

perdas. A doença arterial, em si, é a maior responsável pelas limitações. A amputação é o meio de tratamento, o início da reabilitação.

5- A ênfase centrada na doença arterial ainda poderá favorecer o desenvolvimento de esforços para retardar a sua progressão, com repercussão na prevenção quanto ao membro remanescente e de outras manifestações onde estão envolvidos órgãos vitais.

6- A comunicação da amputação poderia comportar, ao lado dos objetivos imediatos, entendidos como assegurar a sobrevivência e aliviar a dor, a explicitação dos objetivos mediatos, quais sejam, reabilitar a pessoa e capacitá-la à reintegração social, estabelecidos dentro de planos realistas, exequíveis nas condições clínicas gerais. A possibilidade de reabilitação certamente se revestirá de caráter tranquilizador, mobilizador de forças criativas, colaborando decisivamente para a aceitação da cirurgia.

7- A explicação acessível quanto ao ato cirúrgico, a escuta e o esclarecimento de receios e dúvidas quanto aos perigos reais e fantasiados, podem favorecer a busca de medidas defensivas mais saudáveis que aquelas evidenciadas. A informação da previsível ocorrência do membro fantasma é imperiosa. Na prevenção do aparecimento e persistência da dor fantasma, a verbalização, pelo paciente, de fantasias acerca do destino do membro amputado tem lugar de destaque.

8- No levantamento da biografia do paciente, as situações

anteriores de perda e a adoção de comportamento mais regredido para enfrentá-las, além da ocorrência de doença mental, são os indicadores importantes de que tais reações possam se repetir e alertam à maior suscetibilidade emocional aos traumatismos. Atento a isto, o cirurgião poderia contar com a ajuda de outros profissionais ligados mais especificamente a esta área, nos casos que sentisse necessidade. O trabalho conjunto se traduziria em cuidados mais abrangentes.

9- A atenção à família, naquilo que se apresenta como suas necessidades, afora o proveito intrínseco, redundaria em maiores ganhos para o paciente, na medida em que é a família a mais importante fonte de apoio identificada por ele. Por isso mesmo se revela valioso auxiliar na tarefa de reabilitação.

10- As amplas necessidades assistenciais envolvidas na experiência de amputação de membros por doença arterial crônica e a complexa dinâmica relacional observada entre médicos e pacientes sugerem que a formação de uma equipe interdisciplinar, para a efetivação de um trabalho conjunto, poderia ser muito oportuna. Além do cirurgião e dos enfermeiros, teriam parte na equipe o psiquiatra ou o psicólogo, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o assistente social. Em suas áreas específicas de atuação e em permanente mútua colaboração, estariam habilitados a prestarem assistência global à pessoa a ser amputada e a avaliarem mais profundamente a participação de cada um - técnica e emocional - nessa experiência. A formação de grupos Balint poderia ser uma forma de auxílio à equipe. As entrevistas revelaram lacunas que apenas um trabalho integrado poderia suprir.

O difícil momento de concluir aponta para outros caminhos a serem seguidos em busca da compreensão mais profunda do assunto estudado. Mas, também creio que atingidos os objetivos propostos, a tarefa está concluída, embora não esteja completa.

Penso que entrevistar cirurgiões pode ser um caminho. Em ocasião oportuna, um trabalho poderá ser desenvolvido junto aos que operam. Ouví-los e tentar compreender os sentimentos diante da pessoa a ser amputada. Ouvir as famílias, em suas expectativas de lidar com o parente a ser amputado, pode se constituir em mais um ângulo a se abordar o problema.

Mesmo junto ao paciente a tarefa não está completa. Há muito o que se conhecer e compreender. Outros pesquisadores, outra escuta, outra leitura, e então, novas contribuições.

Creio não ser desnecessário reafirmar que o estudo não teve o propósito de fazer generalizações em torno das pessoas que vão sofrer amputação de membros inferiores por doença arterial crônica. No entanto, as entrevistas nos trouxeram discursos de necessidades que, não se mantendo restritas à experiência traumática vivida, acham-se ligadas à condição humana. Aí ele pode comportar generalizações.

A doença e a amputação confrontaram o homem com suas forças destrutivas, trazendo à tona idéias de morte, desintegração, impotência, culpa e punição. Ameaças de tal magnitude mobilizaram, como pedido de ajuda, a satisfação de necessidades básicas. A necessidade de ser atendido, compreendido, estimulado, e, principalmente, de encontrar com quem possa compartilhar a esperança de reparação e integração.

A reflexão sobre esses discursos, que cada um de nós possa fazer, é o objetivo final deste trabalho. Aí ele não

comporta generalizações. Ela é individual.

De qualquer forma, o convite à discussão está lançado. Os cursos de Psicologia Médica, a orientação aos nossos médicos residentes, as reuniões clínicas interdisciplinares, as salas de aula, são os espaços mais adequados. Os profissionais ligados à área de saúde, os melhores debatedores.

*Afinal, eu não quero só ficar pensando no que eu deixei de fazer, eu preciso pensar no que eu posso fazer daqui por diante.*

Paciente 2, após amputação suprapatelar de membro inferior esquerdo.

## **ANEXOS**

ANEXO I- ENTREVISTA PACIENTE 7.....	211
ANEXO II- ENTREVISTA PACIENTE 8.....	231
ANEXO III- MODELO DA ENTREVISTA UTILIZADA.....	248

## ANEXO I- PACIENTE 7

Feminino, 59 anos, casada, instrução primária, doméstica, católica, sem renda individual.

A história clínica da paciente se inicia em 01/10/87 quando faz seu primeiro internamento hospitalar.

**Diagnóstico Vascular:** Insuficiência arterial periférica crônica. Pé diabético à direita. 01/10/87

Membro inferior isquêmico à esquerda com lesões tróficas. 10/04/89

**Condições Associadas:** Diabetes Mellitus II

Tabagismo crônico

### **Conduta Terapêutica:**

- \_ Simpatectomia lombar direita - 07/10/87;
- \_ Enxerto fêmoro-poplíteo com dacron à esquerda - 11/04/89;
- \_ Retirada de enxerto arterial infectado - 10/06/89;
- \_ Enxerto fêmoro-poplíteo com prótese de dacron extra-anatômico à esquerda - 26/06/89;
- \_ Amputação suprapatelar esquerda - 30/06/89;
- \_ Desbridamento do coto da amputação - 31/07/89.

## 1ª PARTE

### 1.1- A EXPERIÊNCIA DO INTERNAMENTO ATUAL

Eu não penso nada ... acho que o que a gente tem que passar, ninguém passa no nosso lugar. O ruim é tá fora de casa, eu queria estar com meus filhos, com meu marido. Aqui é muito pior, eu fico muito sozinha, eu estou acostumada a estar com meus filhos e aqui eu só vejo eles rapidinho. A minha sorte é ter uns filhos maravilhosos, bons mesmos, eles só não trazem leite de galinha porque não existe.

Internei pra tratar da perna, mas não sei o que vão fazer. Ah! primeiro eu só pensava em morte, mas agora meus filhos me dão tanta força, tanta força, que eu só tô pensando em sarar logo e voltar pra casa.

*A senhora me disse que já pensou em morte? Eu já. Como eram esses pensamentos? Sei lá. (silêncio)*

### 1.2- CONHECIMENTO E FANTASIAS SOBRE A DOENÇA. DOENÇA(S) OUTRA(S) ASSOCIADA(S), E SU(A)S) RELAÇÃO(ÕES) COM A ATUAL.

1- Que idéia tem sobre a doença?

Eu só penso nisso que é coisa de varizes, né? Eu não ponho coisas na minha cabeça. Os médicos logo falaram pra mim; eu sempre tive isso e sempre pensei nisso, porque há muitos anos atrás eu já tinha problemas de varizes.

2- Quando começou a pensar que havia alguma coisa errada com a sua perna?

Foi de abril pra cá, quando ela começou a doer. Era

parada, andando, só doía, não tinha sossego. (não refere quadro iniciado em 1987).

3- Tratamento caseiro ?

Vim procurar o médico logo, não fiz nada em casa porque eu já sabia que não dava certo. Eu vivia preocupada com veia entupida, sempre batalhei com isso, sempre tratando.

4- Tratamentos médicos ?

Aí operou uma vez, operou a segunda vez, operou a terceira vez, deu infecção, não deu sorte, o que é que eu posso fazer, né ?

5- Coisa grave, ou não ?

Ah! uma doença que dói dia e noite é sempre grave. Veja o estado que estou agora, meses e meses na cama, tratando e não resolvendo nada, pra mim é grave.

6- Coisa pra operação ou não ?

Ah! é coisa pra operação sim, agora não tem mais jeito não, vai ter que operar de novo, eles já me disseram.

7- Tem tido outros problemas de saúde, ou não ?

Sou diabética, não de nascença, mas faz muitos anos. O que me incomoda é o colchão, ele gruda no corpo, ai como dói. O médico falou que ia trazer um colchão de água, mas até agora não trouxe. O corpo pega fogo, em baixo, na popa da bunda está em carne viva, eles fazem curativo mas não está adiantando.

Depois que eu fiquei muito deitada, meu intestino está preso, e também eu não tenho comido bem.

8-9- Tratamento pra esses problemas. Remédios diários/dietas?

Tomo diabinese e faço dieta todo dia. Isso me deixa chateada. Mas fazer o que? A gente precisa controlar a doença.

10- Acha que essa doença tem alguma relação com esse outro problema ?

Com a diabete ? Não sei não. Nunca pensei nisso. O médico diz que é. Sei não.

11- O que acha que pode ter provocado essa doença ?

Eu não imagino nada, porque minha mãe, minha avó, morreram com as pernas de moça, não tinham nada, de doença, nada. Só eu que saí assim, minhas irmãs também não têm. Eu não sei mesmo, nunca trabalhei fora, sempre em casa, fazia meus serviços mas tinha tempo pra repousar; não sei ...

1.3- ANTECEDENTES IMPORTANTES. RELAÇÕES AFETIVAS. REAÇÕES EMOCIONAIS ÀS PERDAS. PASSADO PSIQUIÁTRICO. PASSADO CIRÚRGICO. USO E ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS.

12- Pais.

Minha mãe morreu há mais ou menos quinze anos, eu já era casada. Ela era diabética também, ela machucou o dedo e deu trombose. Aí os médicos operaram pra fazer um teste, era só tirar o dedinho pra ver se ela ia aguentar, se ela não aguentar, nada feito. Aí eles fizeram um teste e só arrancou o dedinho e ela morreu, mas era a diabete muito alta. A trombose subiu e deu gangrena e já tinha pegado a perna, eles iam arrancar a perna. (Observo sua colocação anterior de que a mãe *tinha morrido com pernas de moça*).

Não, mas é que ela machucou o dedo, ela não tinha nada, problemas de varizes, nada. Foi só o machucado que infeccionou. Ela faleceu estava internada, e porque a diabete estava muito alta, o médico havia falado que se ela não operar, ela

vai morrer, se operar ela pode morrer, então nós vamos arriscar. Ela já entrou para operar arriscando.

O pai faleceu de *água na pleura*. Ele se internou, os médicos tiraram, mas aparecia mais água. Eu era pequena quando ele morreu, eu tinha uns sete ou oito anos. Eu fiquei triste, mas depois passou. Minha mãe foi trabalhar e eu fiquei cuidando da casa; ela trabalhava pra fora.

#### 13- Irmãos.

São cinco irmãos, quatro homens e só eu de mulher. Eu sei que teve mais dois irmãos homens que morreram quando eram muito pequenos, e eu não lembro. Um irmão morreu com 29 anos, os médicos falaram que ele morreu de morte natural, mas a gente não acredita porque ele tinha saúde, era jogador de futebol e eu não sei como um atleta morre tão cedo e do coração. Ah! eu fiquei tão triste, ele deixou dois filhinhos.

#### 14- Casamento.

Eu casei tinha 19 anos e meu marido tava com 31 anos. Ele era muito ciumento e bebia muito. Agora não, largou de beber e de ter ciúme, tem muito amor à família.

Eu tive bastante paquera antes de casar. A gente namorou um ano e um mes. Minha mãe era viúva e meus irmãos achavam que eu não deveria namorar muito tempo e eu casei ... pra mim tanto fazia. O casamento é bom, ele nunca me bateu, é bom pai, mas não é carinhoso ... é muito trabalhador e gosta dos netos. Eu tenho netos de 14 e 17 anos, eu crio eles e são filhos do meu filho mais velho. O meu filho largou da mulher e me pediu pra tomar conta dos filhos e eu cuido deles há cinco anos. Ele casou de novo e tem mais um filho.

#### 15- Viuvez ( - )

## 16- Filhos.

Tenho uma filha e quatro filhos. Eu criei meus filhos com muito amor porque eu sei que minha mãe não era uma boa mãe. Era prestativa, limpinha, trabalhadeira, mas era uma mãe muito afastada, muito separada dos filhos, pouco carinhosa ... quase nada ... e a gente não podia participar das conversas dela, nada.

Você acredita que quando eu fiquei mocinha eu até pensava que mulher tinha filho pelo umbigo ? porque as mulheres tinham filho em casa e eu escutava a parteira dizer: *corta o umbigo*. Minha mãe nunca ensinou o que era menstruação pra mim...então eu sempre pensava, se um dia eu tiver uma filha eu vou criá-la bem diferente. Eu tive três filhos e só a quarta foi a filha e eu comecei a criar eles sem malícia, sem segredos, sem sem-vergonhice,sem nada disso. Quando minha filha ia ficar mocinha, eu ia lavar minha roupa, eu tirava o sangue mais grosso e mostrava pra ela e explicava. Quando ela ficou mocinha eu mesmo arrumei os paninhos, e sempre conversando com ela que tudo o que ela sentisse não fosse conversar na rua, conversasse comigo. Meu filho teve uma doença no ânus e me mostrou para ver se eu posso ajudar, né? Fiz muitos curativos e ele ficou bom. O meu marido era muito durão com eles; não tomava banho com eles. Eu sempre com minha filha, ela sempre viu meu corpo, eu sempre vi o corpo dela e ela foi tendo as paqueras e eu sempre falando: *filha, cuidado; beijar e abraçar não faz buraco, voce não deixa tocar na parte de baixo*. Até hoje eu sempre dei esses conselhos. Ela tá com 31 anos e tá solteira. Já foi noiva, mas largou dele porque ele fez mal a outra moça e a família dela apertou ele pra casar. Ela ( a filha )

ficou muito triste mas depois passou. Até hoje só tem programa de barzinho, de bailinho e ela agora fala tudo pra minha neta: *cuidado minha filha que os homens são traiçoeiros, não se iluda com as conversas deles porque hoje voce dá uma volta e os papos deles só são de sexo.*

Eu achava que o moço não era de gosto meu porque é filho único...filhinho de papai, mas eu deixei que ela resolvesse porque ela dizia que gostava dele.

Minha mãe era uma mulher que nunca mostrou o corpo pra nós e quando ela ficou doente o primeiro banho que fui dar nela, ela chorava de vergonha que nem criança e eu chorava junto, só de dó dela. *(Será que essas lembranças estão fazendo a senhora pensar que poderá precisar dessa ajuda, ou não?)* Ah! eu vou mesmo, mas eles me dão banho sim, seja filho, seja filha.

17- Doença parecida na família.

Não, ninguém. (A paciente não fala inclusive de sua mãe que teve um quadro semelhante, era também diabética e foi a óbito em condições semelhantes à sua atual)

18- Internamentos anteriores.

Ao todo já me internei quatro vezes. A gente estar internada nunca é bom. Quando a gente sai bem é melhor, mas eu sempre pensei em ter que voltar e era nervoso. No começo era pior, depois eu pensava: minha filha dá força, e eu ficava calma

19- Cirurgias anteriores.

Já fiz quatro operações antes dessa, todas por causa dessa perna, e agora eu me internei novamente e não sei o que vai ser agora. Mas eu já sofri muito, os pontos abriram e eu fiquei tratando em casa. Era só botar o pé no chão que ficava uma poça de sangue. O pior é que eu não sinto o pé...ele é gelado. O doutor

depois de tanto sofrimento e tanta dor, quando ele falou eu nem abalei, aí eu falei: *doutor, ele já está morto porque o senhor não arranca ele de vez*, e ele disse: *é o que a gente vai fazer*. Eu não sei se eles vão arrancar o pé, a perna.

Acho que vai ser hoje porque eu não comi nada. Meus filhos estão aí. Não sei o que eles vão fazer... agora pelo que eu sofri, pela dor que eu já senti, eu nem ligo se eles tirarem... meus filhos também estão sofrendo junto.

#### 20- Cirurgias na família.

Meu irmão já se operou, foi muito melindrosa mas ele se saiu bem.

#### 21-22- Passado psiquiátrico

Eu já estive internada por um mes, há oito anos. Já tive amnésia. Eu só sei que levantei, meu marido levantou atrás e eu perdi a fala. Comecei a fazer gestos com a mão. Minha filha levantou depois e ficou nervosa perguntando o que eu tinha, mas eu não conseguia falar e ficava fazendo gestos. Me levaram pro médico, meu marido até pensou que eu tinha um derrame. O médico disse que tinha que me internar e que eu tava com amnésia. Eu sei que eu tenho filho, mas não sabia quantos, onde morava. Eu ouvia o médico falar mas não podia falar, não lembrava. Depois de quinze dias no hospital, o médico chamou minha filha e disse que se eu não melhorasse eu ia entrar em choque, me tratar com choque. Mas aí começou a aparecer a voz e eu falava meio atrapalhada. Aí ele disse que eu tava fora de perigo e eu não precisava tomar choque.

Eu tava bastante preocupada com o meu filho... eu via tanta coisa, e não podia falar nada... guardava tudo pra mim. Era muita confusão, eu sabia mas não podia falar nada, porque tinha medo de ele fazer uma loucura... depois ele ia preso e ela ia

tinha medo de ele fazer uma loucura... depois ele ia preso e ela ia pro cemitério porque ela tava sendo infiel a ele. No fim das contas ele mesmo acabou descobrindo, ele pegou ela em flagrante, tanto que ela perdeu o direito aos filhos. Quando eu adoeci ele não sabia de nada, eu via muita coisa e tinha muito medo de acontecer alguma coisa, porque ele é nervoso e o homem por mais palhaço ou bobo um caso desse ele não leva, não deixa barato. Mas graças a Deus, tanto que eu pedi a Deus que não aconteceu nada, ele só quebrou todos os móveis e queimou a roupa dela.

No hospital tomei muitos remédios, mas depois não precisou mais; nunca mais tomei.

23- Sem hábitos alcóolicos

24- Tabagismo.

Ah! fumei durante muito tempo, desde de moça nova. Só parava quando grávida dos meus filhos, mas depois voltava. Agora não posso mais.

#### 1.4- RELAÇÕES AFETIVAS. CONDIÇÕES SOCIAIS E INFLUÊNCIAS DA DOENÇA.

25- Escolaridade.

Eu saí da escola pra cuidar da casa pra ela (a mãe) poder trabalhar, depois da morte do meu pai. Minha mãe me tirou da escola no segundo ano primário. Eu não tinha cabeça pra estudar, não.

26- Trabalho.

Trabalhar não. Meu marido nunca deixou eu trabalhar. Em solteira eu ganhava um dinheirinho para ajudar uma mulher num armazém. Ela me dava uma micharia, mas por fim ela me ajudou muito no enxoval do meu casamento e morei cinco anos numa casa dela sem

pagar aluguel. Eu não trabalhava antes porque minha mãe trabalhava fora e achava que ela ganhava mais dinheiro do que eu, e eu cuidava da casa.

27- Mudanças na vida familiar por causa da doença.

Não houve mudanças; eles se uniram mais ainda, conversavam, davam palpite, *vamos comprar isso pra mãe, vamos providenciar isso pra ela*. Eu achei normal porque eu já estou acostumada com esse jeito de eles me tratarem. Comite o fato de a filha ter abandonado seus projetos profissionais para cuidar de si).

28- Com quem mora.

Moro com o marido, a filha e dois filhos solteiros, e dois netos. Me dou bem com todo mundo, meus filhos são um amor pra mim, não tem diferença. A gente não tem segredo um com o outro. Não tem diferença entre a filha e os filhos homens... eles me dão banho.

29- Responsável pelo sustento da casa.

O maior responsável é o meu marido, mas todos dão alguma coisa. O filho mais velho dá o sustento dos filhos dele. Eu não coopero com nada, só com o trabalho.

30- Relacionamento familiar.

Todo mundo se dá bem. Às vezes um fala uma coisa e o outro compreende errado e já responde mais grosso e eu tomo a frente, falo com um, falo com outro e dá tudo certo; é coisinha pouca.

31- Atividade sexual.

Depois que eu piorei da perna ele não me procurou mais. Acho que ele me respeitou a doença. Sobre isso eu não ligo

muito não, eu não sinto falta, nunca senti. Ele já está ficando velho.

### 32- Prática religiosa.

Depois desse sofrimento todo eu não tenho ido à igreja. Eu não sou mulher de sair muito. Acredita que eu moro no bairro há 40 anos e não conheço o nome dos vizinhos, e todo mundo se dá comigo, eu não vou na casa de ninguém.

### 33- O dia-a-dia.

Eu acordava 4:30 - 5:00 horas, fazia o café e chamava meu filho que trabalha de motorista particular. Depois eu acordava o outro, depois eu ia lavar a roupa, fazia a limpeza da casa, depois ia fazer o almoço e minha neta me ajudava. Depois da doença não faço mais nada. Fiquei como inválida. Não faço meus serviços, meus filhos é tudo ao Deus dará... meu Deus, não faço mais nada, é só pedindo as coisas na mão. É um desespero.

### 34- Lazer.

Ah! em casa com os meus netos, com os meus filhos assisto televisão, faço crochê e uns bordados com fios da própria fazenda. Eu sempre tive loucura pra aprender tricô e nunca tinha tempo. Tinha planta e ainda criava galinha.

## 2ª PARTE

### PRÉ-OPERATÓRIO

#### 35- Comunicação sobre a amputação

Foi o doutor, ele me disse que o pé estava morto, aí eu disse pra ele que podia tirar que eu nem ligo. Tava eu e ele só e toda vez que ele falava minha filha queria saber de tudo. Foi bom, eles estão esclarecendo tudo.

#### 36- Com quem mais conversou sobre a amputação ?

Só falei com a minha filha e ela já sabia. Eu acho bom que ela já sabia. Eles explicam mais a minha filha e ela fala pra mim.

#### 37- Nível de amputação.

Não sei como vai ser, ele não me falou nada. Nem sei onde vão cortar e se vão cortar. Eu falei pra minha filha: *se é pra tirar essa dor minha, pode tirar a perna inteirinha.*

#### 38- Possibilidade de amputação.

Pensei muito, eu sempre pensei que não ia dar pra salva-la. Ah! eu ficava nervosa, com vontade de chorar, perdi o sono de noite só pensando nisso. Não conversava com ninguém. Sempre guardei tudo pra mim. Eu até já adoeci por causa desse meu jeito calado, mas não faço de outro jeito. Eu ajudo muito os outros, as coleguinhas da minha filha vão me procurar pra falar dos problemas delas. Eu ouço, guardo enxoval de bebê das moças que são solteiras e não podem dizer à mãe que estão grávidas. Tudo isso eu faço.

#### 39- Comparação entre a atual situação a alguma outra.

Essa foi a mais difícil, nem o caso do meu filho, da

perda da voz, essa é mais difícil.

40- Mudanças na vida após a amputação.

Ah! Tá tudo tão mudado. Fico dependendo de tudo e de todos. Até pra escovar os dentes eu preciso de alguém. Não sei como vai ser quando chegar em casa ... quando puder sair daqui. Vai ser difícil sair daqui.

41- O que espera da amputação.

Só Deus é quem sabe. A minha esperança é ficar boa mas só Deus é quem sabe. Não posso ir contra a vontade de Deus.

### 3ª PARTE

#### EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

42- Estado de espírito no dia da amputação.

Ah! Eu tava muito calma, minha fé era tanta que se falassem pra mim: *eu vou tirar de vez essa dor, você não vai sentir mais nada, mais nada*, eu dizia: *corta essa perna*. Toda vez que vou operar eu vou bem calma. Tenho uma fé bem grande nos médicos.

43- Sala de cirurgia.

Você sabe que eu nem notei ... eu sou calma, né.

44- Anestesia.

Foi nas costas. Toda vez é assim, mas agora me deram um remédio pra dormir porque eu não relaxava.

45- Como foi a operação ?

Eu não lembro nada. Sei que o doutor disse que tirou até onde estava infeccionado. Eu nem sei como está porque ainda não olhei ... eu vou olhar, mas não agora. Eu tenho medo de ficar nervosa ... eu sou calma, mas sempre dá uma reação na gente, né ? ... pode ser que não, o sofrimento foi tanto, que a gente vê, assim, e não vai nem ligar. Só sei que meus filhos falaram pra eu ficar tranquila, pra não esquentar a cabeça com o serviço.

46- Para onde foi levada após a cirurgia ?

Eu vim direto pra cá, pro quarto.

## 4ª PARTE

### ALTA

#### 47- Mudanças na vida após a cirurgia.

Acho que não vai mudar porque meus filhos e meu marido me querem muito bem. Eu acho que pra eles não vai fazer nenhuma diferença porque o amor que eles têm por mim vai continuar assim, ou pelo contrário ainda mais. A gente precisa de trabalhar; eu sempre fui uma mulher trabalhadeira, fui boa mãe, uma boa esposa ... e agora a gente se vê assim sem fazer nada, né ? ... então ... sei lá eu tava pensando em tanta coisa que eu queria fazer ... passa tanta coisa pela minha cabeça ... fazer o que, não é mesmo ? Mas eu acredito que não vai mudar muito, não. A minha filha fez até promessa e parou de fumar quando eu fui internada, tanto é o carinho que eles têm por mim.

#### 48- Medidas de reabilitação.

Ainda não sei das coisas. Meu filho já trouxe pra casa um par de muletas e uma bengalinha, mas agora vai precisar de cadeira de rodas. Eles estão procurando emprestar porque não adianta comprar porque vou usar uma perna, né ? Os meus filhos dizem que vou.

#### 49- Outras medidas terapêuticas.

Vou ter que continuar a tomar o diabinese, fazer dieta de açúcar e não vou poder continuar fumando.

#### 50- Planos pro futuro.

Que Deus me dê bastante saúde pra tocar a vida pra frente porque a gente tendo plano e não tendo saúde não adianta. Eu tenho uma casinha, filhos que me amam ... eu só tô precisando

de uma cadeira de rodas.

51- Possibilidade de recaída.

Que não volte doença nenhuma ... eu não vou aguentar.

5<sup>a</sup> PARTE

VISITA DOMICILIAR

Encontro a paciente deitada em seu quarto, recebendo visitas dos familiares. Está edemaciada e bastante descorada. Após a amputação precisou se reinternar duas vezes por problemas clínicos - infecção respiratória e derrame pleural, e infecção urinária.

No início sua filha ocupa a entrevista para queixar-se do atendimento recebido enquanto a paciente estava hospitalizada. Queixa-se que eles (a equipe) não tinham respeito pela angústia dos familiares, não respondiam ao que eu perguntava, a gente nunca sabia qual era a operação que ela ia fazer.

Mostra-se muito preocupada com as medidas de higiene. Toda vez que suja o curativo, eu troco. Toda roupa de cama é trocada duas vezes por dia, diz a filha

Os filhos estão sempre ao redor da paciente. Um dos filhos, com 25 anos, dorme em uma cama de solteiro localizada junto à cama dos pais, apesar de ter o seu próprio quarto.

Beijam e abraçam a mãe constantemente e insistentemente

lhe perguntam se está precisando de alguma coisa.

O genitor não é mencionado. Quando pergunto, me dizem que *ele tem trabalhado muito desde que a paciente adoeceu e os filhos acham que é pra não pensar na doença da mãe.*

A paciente ganhou de presente uma boneca e um fogão depois que chegou do hospital.

Fazem questão que eu conheça a casa e as mudanças que precisam fazer, de modo a permitir a paciente deslocar-se usando a cadeira de rodas. Ajudada pela filha, a paciente nos acompanha.

A filha me diz que parou de trabalhar para cuidar da mãe e fala que estava iniciando seu próprio negócio quando ela adoeceu. (informação já fornecida anteriormente)

Atendem o meu pedido de ficar a sós com a paciente, mas somos interrompidos, *pra ver se a mãe está precisando de alguma coisa.* Nessas ocasiões a paciente responde: *não preciso de nada e sorri, satisfeita com a atenção dos filhos, e comenta: eles são assim mesmo.*

Inicia a entrevista voltando a falar da amputação: *Ele disse que o pé estava morto e aí eu disse: 'se o pé está morto, tira; se esse é o jeito e vai ser melhor pra mim e pros meus filhos ... porque eles estão sofrendo junto comigo'.*

Diz que está muito feliz por ter voltado pra casa. *Não tem comparação com o hospital, o carinho dos meus filhos não tem igual. As vezes eu estou calada por algum problema e não quero preocupá-los, mas eles insistem.*

52- Como tem sido a sua vida depois que saiu do hospital?

Muito preocupada. A gente se preocupa com tudo. Quando a gente muda a vida da gente, tudo preocupa. Principalmente porque minha filha está presa, não pode ir a um bailinho, uma

festa, só cuidando de mim. Só peço a Deus que não precise dela pra vida toda desse jeito, com ela fazendo tudo pra mim, não; mas eu penso nisso quando eu vejo ela lavando, passando, fazendo almoço, tudo o que eu já fiz por eles ... mas eles não se lembram disso. Minhas amigas dizem: *meus filhos são umas pragas, mas os seus são tão bons* ... Eu tenho até medo que minha felicidade passe, eu nunca disse praga pros meus filhos, nem passou pela minha cabeça.

53- Mudanças na vida.

Eu ainda não posso fazer nada. Tudo é preciso que outras pessoas façam ... mas eles fazem tudo mesmo ... O que é que eu posso fazer ? Nada, eu não posso nada.

54- Sente-se em perigo por causa da perda da perna ?

Tô com medo de me levantar, com medo de cair, com medo de ficar em pé. Ainda me sinto muito fraca, tenho medo de ficar sozinha.

55- Observou mudanças na forma das pessoas lhe tratarem ?

Não, meus filhos continuaram os mesmos e as minhas amigas vêm me visitar. Quando eu vejo eles andando, passeando, eu penso que eu podia estar andando também, aí eu afasto o pensamento.

56- Preocupações com a volta da doença.

Não (enfaticamente) ela não pode voltar. Eu nem penso nisso ...

57- Uso de muletas, cadeira de rodas.

Comecei a fazer fisioterapia, mas parei porque não consegui ficar em pé pra pegar o andador. Ah! eu não sei, eu tenho medo de cair, sei lá ... eu tenho aquela vontade, mas na hora ... e depois eu me esqueço de fazer os exercícios. Eu pensava que era mais fácil.

58- Tem se preocupado, se achado muito diferente por não ter mais a sua perna ?

Eu não, pro meu corpo eu nem ligo, também não fico olhando e procurando defeitos.

\_ Fica aborrecida se as pessoas lhe observam, ou não ?

Eu não, também eu não saio de casa, só vou na varanda tomar sol e saí de carro com meu filho pra ver a rua, nada mais.

59- Ajuda de outras pessoas.

Eu preciso, não é ? Mas não queria ter que precisar até pra fazer xixi à noite. Às vezes, eu quero me virar na cama e eu tenho que chamar minha filha pra me ajudar; ela tá num soninho tão bom e eu tiro ela da cama, eu até tenho medo de perder essa felicidade que eu tô com meus filhos. Até meu marido mudou; o que eu já sofri tanto com esse homem e ele agora está tão bom que eu tenho medo de perder essa felicidade, de perder isso.

60- Compreensão do motivo da amputação.

Não sei bem, não. Só sei que operaram depois ... eu sofri tanto, que nem me lembro como foi mais. Me chocou bastante foi saber que eu vinha pra cá. Meu coração parecia que ia arrebentar. Quando eu cheguei, eu olhei bem pra minha casa e me lembrei que eu ajudei a construir isso aqui com as duas pernas e hoje, sem minha perna, o que é que eu vou fazer. Me deu um estado de nervos, uma angústia, eu nem acredito. Agora eu já estou melhor. Eu sei que uma pessoa cega, uma pessoa muda, é triste. Mas, cada um com a sua dor e a minha é grande.

61- Ajuda no hospital.

De ninguém, só de minha filha, de meus filhos. Eu não sei ... os médicos deveriam ser mais carinhosos, não é ? Sei não ...

62- Como acha que as pessoas que vão ser amputadas deveriam ser preparadas ?

Eu não sei. Eu sou tranquila e fui muito tranquila. Quando a gente recebe logo, a notícia choca, não é ? Pensar que eu sou mulher de trabalhar, de andar, de fazer feira e se ver assim ... saber que eu ia ficar sem uma perna, sem nada ... Eu só peço a Deus que me ajude de agora por diante. O que passou eu não quero nem lembrar ... eu só queria saber porque ia operar, porque ia cortar, mas eu fiquei tão passada que acabei nem ligando. Tantas vezes eu fui pra aquela sala de cirurgia ... eu só sinto é que deveriam ter feito tudo de uma vez, não aos pouquinhos por que cada vez doía muito. Os curativos são um desespero, muito dolorosos. Eu pensei até que ia ficar entrevada de tanta anestesia. Eu cheguei a falar: *faz de uma vez pra não voltar mais, mas eles diziam vamos tentar.*

\_ Sugestão ? Eu não tenho nenhuma.

## ANEXO II- PACIENTE 8

Feminino, 48 anos, casada, instrução primária, doméstica, católica praticante, sem renda individual.

A história clínica se inicia em 1984 com surgimento de palidez plantar no membro inferior direito. Na época recebeu diagnóstico de *problemas de circulação*.

**Diagnóstico Vascular:** Insuficiência arterial periférica crônica.

**Condições associadas:** Hipertensão arterial sistêmica.

Tabagismo crônico.

### Conduta Terapêutica:

- \_ Amputação interfalangeana de hálux direito - 1987
- \_ Amputação do hálux direito - 03/05/89
- \_ Enxerto fêmoro-tibial posterior com safena invertida em membro inferior direito + endarterectomia femoral superficial direita - 28/07/89
- \_ Desbridamento de áreas necróticas em dorso do pé direito e coto de amputação do hálux direito - 02/08/89
- \_ Amputação infrapatelar de membro inferior direito - 06/08/89.

## 1ª PARTE

### 1.1- A EXPERIÊNCIA DO INTERNAMENTO ATUAL:

Os médicos disseram que eu ia tratar a perna porque eu já tinha perdido um dedo. A gente não tinha convênio, então quando aparecia um médico eu tratava com ele. Depois de três vezes aquele médico ia embora e aí aparecia outro. Nesse vai e vem eu fiquei um ano e meio com essa unha inflamada e quando ele resolveu tirar não tinha mais jeito. Ele tirou a metade e depois teve que tirar todo. Mas a dor é insuportável e ela não parou, eu tinha 70 quilos e perdi tudo de dor. Eu sentava no sofá e dormia. O meu médico de lá agora conhece o doutor daqui e me mandou. Eu me internei pra fazer exames, fiz várias radiografias, as piores, as mais dolorosas. Eu fiz uma que o doutor não aguentou. Choramos os dois, eu de dor e o médico de desespero de me ver assim. Eu acho que no fim dos exames vai amputar. No começo eu não pensava não, mas vai fazendo exames de lá, de cá, e não melhora, só tem um jeito... (chora) vai ter que amputar. E só tem esse jeito mesmo, tudo que puder aliviar essa dor é bom. Eu tomo injeção e com três horas já tem que me dar outra... desculpe eu estar falando isso. Se ninguém fala comigo dessas coisas é porque não é coisa pra ser falada... mas voce disse que queria saber como eu tava pensando... eu falei. O pior é o desespero da dor, minha filha veio me ver e pediu pelo amor de Deus pra cortar minha perna. *Deixa minha mãe viver, ela tá morrendo desse jeito*, ela disse pro médico.

1.2- CONHECIMENTO E FANTASIAS SOBRE A DOENÇA. DOENÇAS OUTRAS ASSOCIADAS E SUAS RELAÇÕES COM A ATUAL.

1- Que idéia tem sobre sua doença?

É a dor. É terrível, essa dor não me deixa nem de dia, nem de noite. Não tenho sossego.

Toda a doença é a dor. No meu caso eu fumava e os médicos acham que foi do cigarro mas, depois eles foram ver direitinho. Tem problema do cigarro mas ao mesmo tempo não tem porque minha artéria é a metade das artérias das outras pessoas.

2- Quando começou a pensar que havia alguma coisa errada com o seu pé?

Faz cinco anos que eu estou doente. Eu acho que se tivesse tido uma orientação melhor de médico talvez não tivesse complicado. Porque começou com uma flebite e o médico disse que não era flebite. Ele passou uma pomadinha e AAS e nisso daí passei por todos os médicos até que um médico disse que nem queria conversar comigo, que o meu caso era amputação. Aí passados três anos eu fui passar umas férias em Caraguá e tive muita dor no dedo. Eu acho que a flebite desceu, a infecção desceu e procurou um caminho que era o dedo. Aí tirei uma unha. Aí tirou metade do dedo e depois tirou o dedo todo.

3- Tratamento caseiro?

Sempre fiz tratamento médico, mas tomava chás e fazia banhos. Ah! eu queria qualquer coisa que alivie minha dor. Tudo o que me ensinavam.

4- Tratamentos médicos?

Fiz tudo o que os médicos mandaram. Fiz simpatectomia, tirei metade do dedo, depois tirei o dedo inteiro e

não tá dando certo, resultado nenhum.

5- Coisa grave, ou não?

Olhe, pelo tamanho da dor só pode ser coisa grave mas eu não tenho nem condição de pensar, só chorar de dor.

6- Coisa pra operação ou não?

Ah! não tem jeito não, a solução é operar e eu já fiz uma operação aqui. Tenho que fazer outra... (silêncio - chora).

7- Tem tido outros problemas de saúde ou não?

Tenho pressão alta mas só quando dá a dor. Se a dor tiver calma a pressão não sobe.

8-9-10- Não faz uso diário de medicação ou qualquer restrição dietética.

11- o que acha que pode ter provocado essa doença?

Foi falta de assistência médica. Quando eles viram que era flebite se tentassem desinflamar ela,... se tivesse tido mais atenção médica, não tinha chegado a isso... ao mesmo tempo eu penso que é meu, eu passo, ninguém passaria por isso a não ser eu mesmo, que é uma coisa minha. Minha irmã achava lindo que eu tinha o pé vermelhinho, nem precisava fazer o pé, não tinha camadas, e aí tá o lance, já era da circulação que tinha aumentado. Faz cinco anos que eu estou doente e me tratando sempre.

1.3- ANTECEDENTES IMPORTANTES. RELAÇÕES AFETIVAS. REAÇÕES EMOCIONAIS ÀS PERDAS. PASSADO PSIQUIÁTRICO. PASSADO CIRÚRGICO. USO E ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS.

12- Pais.

Meu pai morreu quando eu tinha um ano de idade. Dizem que ele tomou veneno, minha mãe nunca deixou ninguém me contar direito. A minha mãe casou-se novamente quando eu tinha dois anos e meio. Eu chamo meu padrasto de pai, minhas irmãs não gostam disso, mas ele foi meu pai. Meu padrasto morreu há doze anos. Ele tinha úlcera varicosa, mas morreu do coração. Minha mãe morreu há treze anos a também do coração. Foi tudo muito rápido, eu nem me despedi dela. Ela tava internada e quando eu fui visitá-la, ela tinha morrido cinco minutos antes. Eu fiquei muito triste, mas sabe né, eu já estava adulta e mãe de filhos.

O meu padrasto queria a minha visita e não queria a da filha dele, quando ele estava doente.

Tive uma infância muito triste, sempre trabalhando e quando me distraía, vendo uma vitrine, minha mãe me batia quando eu chegava em casa. Batia tanto que eu ia pra salmora. Meu pai reclamava com ela, mas ela dizia pra ele não se meter nessa história, que ele não tinha nada com isso. Quando ele morreu, eu encontrei minha certidão de nascimento verdadeira no baú dele e dizia que eu era filha ilegítima de meu pai (o pai biológico). Fui conversar com minha irmã, mas depois deixei pra lá; estavam todos mortos, né? pra que mexer nisso? Ela tinha guardado e quando eu casei tirei outra porque ninguém sabia onde estava.

13- Irmãos.

Minha mãe teve cinco filhos do primeiro casamento e eu sou a mais nova; tenho dois irmãos do segundo casamento. Só eu sei dos meus irmãos mais novos, mas eles me dão muito desgosto porque meu irmão é alcócolatra e minha irmã é prostituta.

14- Casamento.

Eu casei quando tinha 17 anos e meu marido tinha 20. A gente casou porque queria sair de casa, ele tinha 11 irmãos em casa, era muito ruim. O casamento é bom, mas meu marido é pouco carinhoso e muito ciumento do amor que eu tenho pelos filhos e eles por mim.

15- Viuvez ( - )

16- Filhos.

São três meus filhos, duas meninas e um menino. São ótimos filhos, muito saudáveis, muito amigos.

17- Doença parecida na família.

Não, ninguém tem doença parecida com essa. (Omite a irmã que faz tratamento estético para varizes e o padrasto com úlcera varicosa).

18- Internamento anteriores.

Vários internamentos anteriores, todos pra tratar dessa doença. Eu tava sempre brincando que era pra esconder que eu tava nervosa.

19- Cirurgias anteriores.

Já fui operada seis vezes, duas para varizes, uma para simpatectomia, duas amputações no dedão, o enxerto e a limpeza.

20- Cirurgias na família.

Meu marido operou do estômago e hérnia e passou muito bem.

21- Internamentos psiquiátricos.

Nunca, Deus me livre.

22- Medicação psicotrópica.

Precisei de remédios pra dormir por causa da dor, aqui no hospital, mas ela é tão grande que nem assim eu dormia.

23- Hábitos alcoólicos.

Eu só bebo uma cervejinha quando saio, nem em casa eu gosto de beber.

24- Tabagismo.

Fumo desde os 18 anos, um maço para dois dias. Comecei fumando porque meu marido achava bonito. Há seis meses não fumo. Ele ( o cigarro ) nunca me deu problema.

1.4- RELAÇÕES AFETIVAS. CONDIÇÕES SOCIAIS E INFLUÊNCIA DA DOENÇA.

25- Escolaridade.

Estudei até o segundo ano primário. Gostava muito de estudar, mas eu parei quando tinha doze anos pra poder trabalhar e ajudar porque meu pai adoeceu.

26- Trabalho.

Quando eu tinha nove anos eu já fazia uns ganchos pra ganhar um dinheirinho, vendia lata, esterco. Depois, com doze anos fui trabalhar numa fábrica de tecidos e fiquei lá até quando eu tinha dois anos de casada, quando meu primeiro filho já tinha um ano, eu parei de trabalhar. Hoje meus filhos me dão algum dinheiro para meus alfinetes. (sorri).

27- Mudanças na vida familiar por causa da doença.

Meus filhos estão muito tristes, eu sei de uma que não consegue nem dormir, mas tudo continuou no seu lugar.

28- Com quem mora.

Moro com meu marido, uma filha e um filho solteiros. Não tive nenhum problema com a casa e nem foi preciso fazer mudanças.

29- Responsável por sustento da casa.

Meu marido é quem dá o sustento mas os filhos colaboram, um paga a luz, outro o telefone, é assim. Eu deixei de ganhar dinheiro quando deixei de trabalhar.

30- Relacionamento afetivo.

A gente se dá bem, meu marido fica com ciúmes do amor dos meus filhos, mas é só porque ele é pouco carinhoso.

31- Atividade sexual.

A dor era tanta que de seis meses para cá eu não sei nem o que é isso. Passei as noites dormindo sentada numa cadeira com o pé pra baixo, nem pra cama eu ia. Meu velho é quem deve estar sentido falta, mas eu sou assim, se passar a mão eu esquento, se não passar eu não esquento.

32- Prática religiosa.

Sou católica e vou na missa sempre que posso, mas essa doença não deixa que eu vá na igreja. Eu sinto falta das missas, fazer o que né? Eu não posso mesmo.

33- O dia-a-dia.

Cuido das coisas da casa. É lavar, passar, cozinhar. Agora com a doença tenho tido ajuda dos filhos. Eu acho muito chato tá dependendo deles pra tudo, pra todas essas coisas.

34- Lazer.

Ah! Eu passeio com o velho, vou curtir a noite, a gente canta, tem um grupo de amigos muito bons com quem a gente passeia. Eu descobri a piora da doença quando tava com todo mundo passando uns dias de praia lá em Caraguá. A doença tem estragado essas coisas boas e eu fico muito triste.

## 2ª PARTE

### PRÉ-OPERATÓRIO

35- Comunicação sobre a amputação.

Foi o doutor, ele me disse que tinha feito tudo o possível. *A senhora tá sofrendo as dores dos exames e não tem tido solução, eu gostaria que a senhora chamasse o seu marido pra gente conversar.* Eu tava sozinha, eu e ele, mas pela situação de dor eu já estou pedindo pelo amor de Deus que corte.

36- Com quem mais conversou sobre a amputação ?

Só com meus filhos. Eles dizem: *mãe pelo amor de Deus, faça o que o doutor diz, pra poder voltar boa pra casa. Não interessa como, a senhora em casa é outra coisa, a senhora sem a dor é outra coisa porque a gente sabe que a senhora não está sofrendo.*

37- Nível de amputação.

O doutor falou que vai fazer o mais baixo o possível pra eu não ter problema pra usar uma prótese. Eu não penso nada, só na dor.

38- Possibilidade de amputação.

A possibilidade de perder a perna foi tomando a minha imaginação, eu acho que já vim pra cá consciente que não havia solução.

39- Comparação entre a atual situação a alguma outra.

Não, nenhuma, essa foi a mais difícil de minha vida.

40- Mudanças na vida após a amputação.

Vai mudar. Meu filho mesmo falou: *Vai mãe, vai logo, tira essa coisa daí, vai sarar, vai ficar boa, bota uma perna mecânica pra gente passear como antes.* Eu passei muita força. Eu sou assim, se é meu, é meu só, eles só me viram desesperada aqui, de dor. *O que nos interessa é ver a senhora boa, o seu interior.* Vai haver mudanças, mas não sei quais são. Eu sou uma pessoa que não pedia nada e vou me ver, dependendo dos outros. Mas, mesmo assim, isso tá me ajudando porque eu achava que era eu e só eu era boa. Quando eu entrei aqui, dependendo de todo mundo eu tinha aquela cabeça careta ainda de não trocar de roupa na frente das meninas. Eu dizia: eu sou sua mãe e você é minha filha ... sou muito liberal no papo; é tudo na farra, mas ao mesmo tempo eu estou aprendendo e elas estão amadurecendo. Vai ser difícil mas eu tenho muita força.

41- O que espera da operação.

Ficar boa definitivamente. Não quero mais saber dessa doença.

### 3ª PARTE

#### EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

42- Estado de espírito no dia da operação.

Ah! eu tava brincando, mas por dentro eu estava nervosa, muito nervosa ... só eu sei ... já entrei dizendo que queria dormir, que não queria ouvir nada do que eles estavam fazendo. Tinha medo de como ficaria depois da amputação. Não era nem da operação porque eu já tinha feito muitas.

43- Sala de cirurgia.

Eu tenho trauma de sala de operação, de hospital. Cheguei lá sorrindo e chorando ao mesmo tempo. Já tô cansada de sala de operação.

44- Anestesia.

A anestesia foi nas costas. Eu pedi pra ser geral e ele disse: *quando a gente chegar lá a gente vê*, mas começou logo a medir as minhas costas e pronto, eu já sabia que ia ser raqui. Eu não dormi nada, ouvi eles ligarem a serra e cortarem a perna ... senti uns choques quando eles tocavam nos nervos e ouvi eles conversando falando de coisas da vida de cada um e sobre a operação. Fazer o quê, né? Tinha que ser assim ...

45- Como foi a operação?

As lembranças são essas, foi duro ... eu não desejo isso pra ninguém. Ainda hoje parece que eu estou vendo e ouvindo tudo ... mas vai passar.

46- Para onde foi levada após a cirurgia?

Fui para a sala de recuperação ... era dia de domingo e não tinha ninguém lá para conversar. Aí eu pedi: *deixa*

eu sair daqui, deixa eu ir pro quarto, mas eu fiquei lá mais de uma hora.

#### 4<sup>a</sup> PARTE

ALTA

##### 47- Mudanças na vida após a operação.

Vai mudar muito, eu era uma mulher que não pedia nada a ninguém e agora estou assim, inútil; tudo na mão. Mas, o tempo que eu passei aqui já serviu de alguma coisa ... eu achava que ninguém podia fazer nada por mim e aqui eles fizeram. Eu não cheguei a pensar nas consequências de hoje (chora). Mas a dor é um motivo muito forte ... a gente faz qualquer coisa.

##### 48- Medidas de reabilitação.

Posso usar prótese e andar de muletas mas ainda devo aprender a andar de muletas. Quando o doutor me disse que ia embora, aí eu pensei (chora): Meu Deus do céu como é que eu vou pra casa sem orientação nenhuma, como é que eu vou me locomover ... tô com medo de não saber andar de novo.

##### 49- Outras medidas terapêuticas.

Não posso mais fumar, mas não acredito que seja só do cigarro porque agora descobriram que minhas veias já estão estreitas desde nascença ...

##### 50- Planos pro futuro.

Que planos eu posso fazer ... eu quero viver com saúde. Eu não tive nem tempo pra pensar ... foi tudo triste

demais. Agora eu tenho que casar duas coisas: pensar nas dores que eu não tenho mais e ao mesmo tempo que aquilo ali era daquele jeito, que não podia ser diferente.

51- Possibilidade de recaída.

Não penso não, mas tenho que ter acompanhamento médico. Não quero que ela apareça de novo. Deus me livre!

## 5<sup>a</sup> PARTE

### VISITA DOMICILIAR

A paciente recebeu alta há oito meses. Está com boa aparência. Usa um conjunto de bermudas e não esconde o coto de amputação. Utiliza cadeira de rodas.

"Eu levei um tombo ao tentar andar de muletas, sozinha, em casa e abriu a operação e precisei fazer plástica ... outra operação, mas, agora eu estou no ambulatório de prótese, já comprei e estou começando a tentar a andar. É difícil ..."

52- Como tem sido sua vida depois que saiu do hospital ?

Ótima, só sarro da minha cara, só gozação. Minha filha diz que eu pareço um frango mal cortado que fica com um pedaço maior. Eu cheguei em casa com medo de chorar, puxa vida pra mim seria um impacto. Mas eu cheguei, encontrei três amigas de minha filha no maior carnaval, não chorei naquela hora, não chorei mais. Tô dormindo bem, tô comendo bem, isso é que importa. Tenho saído pra passear de carro, pra tomar sorvete, eu pensei que fosse pior, bem pior. Eu pensei que ia ser inválida, mas não sou. Meu

filho trouxe uma cadeira de rodas pra usar ... não tenho tido tristeza.

Quando eu cheguei tava todo mundo sem ambiente comigo e minha netinha ficava olhando, olhando, aí eu expliquei a ela que o doutor tinha cortado a perna da vovó porque tinha dodói, mas agora você pode ir dormir na cama da vovó que se bater não dói mais. Ela perguntou *cadê a perna da senhora ?* e o pai dela disse: *tá jogando bola.* Depois ela passava a mão e dizia: *a vovó não tem a perna !*

Meu filho, logo que eu cheguei, me tirou da cadeira no colo e disse: *agora você é minha nenê,* todo mundo me pegava no colo. Meu medo era exatamente isso, como eu ia chegar. Ficava também preocupada com o que os outros iam pensar e sofrer. Mas, eu tô dando lição de moral, eu tô dando lição de moral em todo mundo. Minha vizinha diz que vem conversar comigo porque sai melhor, e, olhe que ela tem duas pernas. Eu já tô na farra, dentro de mim, isso aqui (aponta para o coto) não existe; não tenho problemas com ela. Eu tinha dificuldade pra dormir porque não sabia onde botar, ela não ia pro lugar que eu queria.

De vez em quando dá um choque ... é, parece um choque. Aí, eu fico falando *eu não tenho essa perna, eu não tenho essa perna,* eu converso com ela. Não me preocupo com isso.

Outra coisa que foi bom comigo é que eu era muito fechada com meus filhos e não sabia como encarar se eu não tivesse passado por tudo o que passei. Minha filha toma conta de mim ainda no que eu preciso, e eu que nem trocava de roupas na frente dela.

53- Mudanças na vida.

Faço crochê, adoro ler revistas de desenho, fico na sala vendo tevê, vou passear lá fora. As tarefas de casa, bem, eu

sempre tive empregada doméstica. Em casa tá tudo igual ao que era antes.

Vida sexual - tá difícil. E porque eu fiquei muito tempo sem nada e agora está difícil de acontecer ... machuca demais e incomoda ... tem acontecido.

54- Sente-se em perigo por causa da perda da perna ?

Só na hora da queda, quando eu caí ... eu fui burra ... Eu treinei uma vez no hospital e achei que era fácil. Quando a gente é criança a gente brinca muito de perna de pau e é fácil, e eu pensei que era o mesmo lance, e aí a muleta rodou e eu caí em cima do coto.

55- Observou mudanças na forma das pessoas lhe tratarem ?

Nem menos, nem mais. Em casa é indiferente isso (a amputação) aí, eles brincam o tempo todo, brincam demais. Meu filho é o pior ... não me sinto só.

56- Preocupação com a volta da doença.

Eu tenho medo, mas tô confiando bem que não vai voltar. Eu não deixo isso se transformar em preocupação porque não quero sofrer por antecedência, mas pensar, eu penso.

57- Uso de muletas, próteses, cadeira de rodas.

Eu uso mais a muleta, se estou cansada uso a cadeira de rodas e a prótese é difícil, eu estou me acostumando ... ela dói, mas eu até já dancei com ela. (sorri)

58- Tem se preocupado, se achado muito diferente por não ter mais a sua perna ?

Não tenho sentido diferença. Eu vou pro banheiro, sou eu mesmo que lavo o coto. Tô sem dor e isso é o que importa ... nossa, o que eu sofri, eu já tomava droga pra passar a dor ... é uma dor infernal. Com o povo eu não tô nem aí, eu nem percebo e,

se olham disfarçam bem. Minha amiga quando chegou em casa pra me visitar, ela deu uma demonstração de pena e eu notei, e já entrei com meu jeito. Aí ela disse: eu não acredito ... e eu disse: vou fazer o que, vou ficar chorando, não vai resolver nada ... eu sou assim e não vou mudar por causa disso ...

59- Ajuda das outras pessoas.

É normal, eu não posso fazer tudo, não posso ficar sozinha, então preciso ajuda dos outros ... é normal, mas cada vez eu preciso menos, vou poder ficar sem tanta ajuda.

60- Compreensão do motivo da amputação

Circulação, falta de atuação médica de quem cuidou primeiro que não cuidou bem da flebite. Não tinha mais jeito. A minha filha chegou a pedir para o doutor cortar minha perna. O doutor me disse que nunca mais vai esquecer disso.

61- Ajuda no hospital.

Conversar com você durante o tempo no hospital foi ótimo ... nossa, me ajudou muito. As enfermeiras e os médicos foram ótimos não esconderam nada de mim, foram muito honestos. Mas, as conversas, você ficar me escutando foi muito bom. É difícil a gente encontrar alguém pra escutar.

62- Como acha que as pessoas que vão ser amputadas deveriam ser preparadas ?

Não faltou nada. Eu não sei, eu já estava pedindo por isso. A dor era tão grande que a amputação foi o maior alívio da minha vida. É dez vezes pior que o parto. No parto você sabe que o nenê vai nascer e a dor vai passar... lá não. O doutor não deixou eu dormir... eu pedi pra ele que eu não queria assistir nada, eu tava muito sofrida. Mas, não dormir me ajudou a aceitar melhor. Eu sou uma pessoa que vibra, logo, logo vou cair na

bagunça. Não vou mudar por causa da amputação.

Sugestão? Nem sei o que pensar... ah! não tenho, não.

## ANEXO III- MODELO DA ENTREVISTA UTILIZADA

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Paciente n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

Nome:

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Grau de Instrução:

Ocupação Habitual:

Prática Religiosa:

Endereço:

#### DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

Patologia Vascular:

Condições Clínicas Associadas

Terapêutica - Clínica

Cirúrgica - Conservadora

Amputação

Nível de Amputação - Previsto

Realizado

Cirurgias Anteriores

Amputação Anterior

SIM

NÃO

Extremidade (s) Amputada (s)

Quando ?

## 1ª PARTE

### 1.1- A EXPERIÊNCIA DO INTERNAMENTO ATUAL

A vivência do internamento atual, a indicação, o que imagina estar acontecendo, o que acontecerá, e que informações recebeu.

### 1.2- CONHECIMENTO E FANTASIAS SOBRE A DOENÇA. DOENÇA(S) OUTRA(S) ASSOCIADA(S), E SUA(S) RELAÇÃO(ÕES) COM A ATUAL.

1- Que idéia tem sobre a doença ?

2- Quando começou a desconfiar que havia alguma coisa errada com o seu pé (sua perna) ?

\_ O que pensou ?

3- O que fez em seguida ?

\_ Fez tratamento caseiro ? Por que ?

4- Que tipo de tratamento médico tem feito para essa doença ?

\_ Desde quando ?

- \_ Que idéias tem sobre o tratamento ?
- \_ Acha que está dando resultado ou não ?

5- Acha que é coisa grave, ou não ?

- \_ Por que ?

6- Acha que é coisa pra operação, ou não ?

- \_ Como são esses pensamentos ?

7- Tem tido outros problemas de saúde ?

- \_ Diabetes;
- \_ Problema do coração: infarto, arritmias, insuficiência cardíaca;
- \_ Pressão alta;
- \_ Problemas do pulmão: asma, bronquite, enfisema;
- \_ Problemas dos rins;
- \_ Reumatismo;
- \_ Problemas de intestino: colite, hemorróidas.

8- Tem feito tratamento para esse(s) problema(s) ?

- \_ Desde quando ?
- \_ O que acha dos resultados ?

9- Tem precisado tomar remédio diariamente, fazer dietas?

- \_ Há quanto tempo ?
- \_ Como se sente em relação a isso ?

10- Acha que essa doença tem alguma relação com esses outros problemas ?

\_ Como é isso ?

\_ Como pensa ?

11- O que acha que pode ter provocado essa doença ?

1.3- ANTECEDENTES IMPORTANTES. RELAÇÕES AFETIVAS. REAÇÕES EMOCIONAIS ÀS PERDAS. PASSADO PSIQUIÁTRICO. PASSADO CIRÚRGICO. USO E ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS.

12- Sobre os pais.

\_ Vivo(s) - condições de saúde.

\_ Falecido(s) doenças, causa-mortis, época do(s) óbito(s)

reações emocionais do paciente.

13- Sobre os irmãos.

\_ Quantos ? Vivos - condições de saúde

Falecidos - doenças, causa-mortis, época do óbito(s);

\_ Reações emocionais do paciente.

14- Casado(a) ou morando acompanhado(a).

\_ Condições de saúde do companheiro (ou do cônjuge)

\_ Relacionamento conjugal.

15- Viúvo(a).

- \_ Doenças e causa-mortis do cônjuge, época do óbito
- \_ Reações emocionais do paciente
- \_ Relacionamento conjugal.

16- Filhos.

- \_ Quantos.
- \_ Vivos - condições de saúde.
- \_ Falecidos - doenças, causa-mortis, época do(s) óbito(s).
- \_ Reações emocionais do paciente.

17- Tem alguém na família com doença parecida com a sua ?

- \_ Grau de parentesco.
- \_ Como é a doença ?
- \_ Como evoluiu ?

18- Já esteve internado(a) antes ?

- \_ Quantas vezes e por qual(ais) motivo(s) ?
- \_ Como foi isso ? Que lembranças tem ?
- \_ Como estava seu estado de espírito nesta(s) ocasião(ões) ?

19- Já foi operado alguma vez ?

- \_ De que? Quando?
- \_ Como enfrentou esta (s) operação (ões)? Que lembranças tem?
- \_ O que imaginou sobre elas (s) naquela época?

20- Alguém na sua família já foi operado?

\_ Grau de parentesco.

\_ Como foi a operação? Qual foi o resultado?

\_ Se o resultado não foi satisfatório, o que acha que aconteceu?

21- Já esteve internado antes por problemas de nervos?

\_ Quando e como era esse problema?

22- Tem tomado remédios para nervos?

\_ Por que? Quais são esses remédios?

\_ Há quanto tempo?

23- Tem o hábito de beber?

\_ O que bebe habitualmente?

\_ Quanto por dia e há quanto tempo?

\_ Já teve problemas por causa da bebida? Quais?

24- Tem o hábito de fumar?

\_ O que fuma?

\_ Quanto por dia e há quanto tempo?

\_ Já teve problemas por causa do fumo? Quais?

#### 1.4- RELAÇÕES AFETIVAS. CONDIÇÕES SOCIAIS E INFLUÊNCIAS DA DOENÇA.

25- Estudou?

\_ Aproveitamento escolar.

26- Trabalha ou trabalhou?

- \_ Aposentado. desempregado. empregado.
- \_ Reação à situação atual.

27- Esta doença tem trazido alguma mudança na vida de sua família?

- \_ Como são essas mudanças?

28- Com quem mora?

\_ Preciso mudar-se de casa? Por que foi essa mudança?

- \_ O que aconteceu?

29- Quem é o responsável pelo sustento da casa?

- \_ Participação do paciente na renda da casa
- \_ Houve mudanças?
- \_ Como está se sentindo com isso?

30- Como se relaciona afetivamente com as pessoas com quem mora?

- \_ Com quem se dá melhor? Por que?
- \_ Com quem não se dá tão bem? Por que?

31- Houve modificação na sua atividade sexual?

- \_ Que mudanças aconteceram?
- \_ Como está se sentindo?

32- Prática religiosa. Participação ativa/passiva.

- \_ Houve mudanças?

- \_ Quais foram?
- \_ Como está se sentindo?

33- Como é o seu dia-a-dia?

- \_ Tem havido mudanças? Quais são essas mudanças?
- \_ Como se sente com elas?

34- O que faz para se distrair?

- \_ Tem havido mudanças?
- \_ Como está se sentindo com isso?

## 2ª PARTE

### PRÉ - OPERATÓRIO

35- Quem lhe falou que precisava se operar?

- \_ O que lhe foi explicado?
- \_ Como foi essa conversa?
- \_ Gostaria que tivesse sido diferente?

36- Depois que soube da operação, com quem conversou sobre ela?

- \_ O que conversou?
- \_ Como foi essa conversa?

37- Sabe em que altura será a operação?

- \_ O que o sr.(a) acha disso?

- \_ O que tem pensado?
- \_ Como se sentiu com esses pensamentos?

38- Já tinha pensado na possibilidade de fazer essa operação ( de perder esse pé, essa perna ) antes?

- \_ Quando foi isso?
- \_ Como foi que pensou?
- \_ Como se sentiu com esses pensamentos?

39- Compara essa situação a alguma outra que já lhe tenha acontecido?

- \_ Como foi isso?

40- Pensa que sua vida pode mudar depois dessa operação?

- \_ O que pode mudar?
- \_ Como serão essas mudanças?

41- O que o senhor (a) espera dessa operação?

### 3ª PARTE

#### EXPERIÊNCIAS CIRÚRGICAS

42- Como estava o seu estado de espírito no dia da operação?

- \_ Ficou nervosa? Teve medo ou não?
- \_ Conversou com alguém sobre isso?

43- O que achou da sala de operação?

- \_ O que sentiu quando chegou lá?
- \_ No que pensou?

44- Como foi a anestesia?

- \_ Que lembranças tem dela?
- \_ Sabia como ia ser?
- \_ Quem tinha lhe explicado?

45- Como foi a operação?

- \_ Tem alguma lembrança dela?
- \_ Quais são?

46- Para onde foi levado depois da operação?

- \_ Sabia que seria levado para lá?
- \_ O que achou?

#### 4ª PARTE

#### ALTA

47- Pensa que sua vida pode mudar depois dessa operação?

- \_ O que pode mudar?
- \_ Como serão essas mudanças?

48- O que lhe foi explicado como medidas de reabilitação?

Uso de próteses, muletas, cadeira de rodas.

\_ O que pensa disso?

49- Precisarás continuar fazendo tratamento?

\_ Quais são as recomendações médicas?

\_ Há alguma dieta, alguma restrição aos hábitos?

\_ Como se sente em relação a isso?

50- Quais são os seus planos para o futuro? O que pensa fazer daqui pra frente?

51- Acha que está curado dessa doença ou ela pode aparecer de novo?

\_ Conversou com alguém sobre isso?

\_ O que lhe foi explicado?

## 5ª PARTE

### VISITA DOMICILIAR

52- Como tem sido sua vida desde que saiu do hospital?

53- Houve mudanças nas suas atividades, depois da amputação?

\_ Trabalho, vida sexual, vida religiosa, vida familiar, lazer.

- \_ Quais foram essas mudanças?
- \_ Como está se sentindo agora?

54- O (a) senhor (a) acha que está em perigo por causa da perda do pé ( ou da perna )?

- \_ Como é isso?
- \_ Como se sente?
- \_ Como pensa?

55- Houve mudanças, ou não, na forma das pessoas lhe tratarem?

- \_ Quais foram as mudanças?
- \_ Está recebendo mais ou menos atenção, carinho?
- \_ Está se sentindo só, isolado(a), ou não?

56- Está preocupado que a doença possa voltar?

- \_ Tem pensado nisso?
- \_ Como se sente nessas horas?
- \_ Tem chegado a perder o sono e o apetite?

57- Tem usados muletas, cadeira de rodas, ou não?

- \_ Achou fácil?
- \_ Quais são as dificuldades?
- \_ Pensava que seria assim?

58- Tem se preocupado, se achado muito diferente por não ter mais o seu pé ( ou a sua perna )?

- \_ Como se sente?
- \_ Fica aborrecido se as pessoas lhe observam, ou

não?

59- Tem precisado da ajuda de outras pessoas?

- \_ Para fazer o que?
- \_ Como reage a essa ajuda?

60- Compreendeu bem o motivo da amputação?

- \_ Qual foi esse motivo?
- \_ Acha que poderia ser diferente?
- \_ Como se sente com isso?

61- De quem recebeu mais ajuda, mais conforto no período em que esteve no hospital?

- \_ O que achou disso?
- \_ Queria que tivesse sido diferente?
- \_ Como se sentiu em relação a isso?

62- Como o (a) senhor (a) acha que as pessoas que vão ser amputadas deveriam ser preparadas?

- \_ O que o (a) senhor (a) gostaria que tivesse sido feito?
- \_ De que sentiu falta?
- \_ Qual é a sua sugestão?

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- ABRAM, H.S. & GILL, B.F.- Predictions of postoperative psychiatric complications. *New Engl. J. Med.* 265: (23): 1123-1128, 1981.
- 2- AKESODE, F.A. & IYANG, U.E.- Some social and sexual problems experienced by nigerians with limb amputation. *Trop. Geog. Med.*, 33 (1): 71-74, 1981.
- 3- ALLEN, E.V.N.- Definition of Terms: In: ALLEN, E.V.N. & COLS., *Peripheral Vascular Disease.* 3<sup>a</sup> ed., Philadelphia/ London, W.B. Saunders, 1962, Cap.1 p.1-4.
- 4- ALVES, R.- *Filosofia da Ciência. Introdução ao Jogo e Suas Regras.* 12<sup>a</sup> ed., São Paulo, Brasiliense, s/d.
- 5- ARNOLD, H.M.- Elderly diabetic amputees. *Am. J. Nurs.* 69: 2646-2649, 1969.

- 6- BALINT, M. - El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires, Libros Básicos, 1961.
- 7- BEÇA, E. T. - Dilthey como vertente de duas correntes: Estruturalismo e Fenomenologia. Neurobiol. 43(3): 337-352, 1980.
- 8- BLAYA, M. - Relação médico-paciente. R. Psiq. Din. 7(3): 52-65, 1975.
- 9- BLEGER, J. - Temas de Psicologia. Entrevistas e Grupos. São Paulo, Martins Fontes, 1980.
- 10- BOCCOLINI, F. - Reabilitação do Amputado. In: MAFFEI, F. H. A. & COLS. Doenças Vasculares Periféricas. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1987, cap. 12, p. 187-212.
- 11- BOONTJE, A. H. - Major amputation of the lower extremity for vascular disease. Prosthetics and Orthotics Internat. 4: 87-89, 1980.
- 12- BOYLE, M. & COLS. - Adolescent adjustment to amputation. Med. Pediat. Oncol. 10: 301-312, 1982.
- 13- CAPLAN, L. M. & HACKETT, T. P. - Emotional effects of lower amputation in aged. New Engl. J. Med. 269 (14): 1166-1171, 1963.

- 14- CASSORLA, R.M.S. - O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde. *J. Bras. Med.* 56: 84-97, 1989.
- 15- CASSORLA, R.M.S. - Lidando com a AIDS: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. *Rev. Fac. C. Med. Unicamp.* 2: 24-30, 1990.
- 16- CHILVERS, A.S. & BROWSE, N.L. - The social fate of the amputee. *Lancet* 2: 1192-1193, 1971.
- 17- COSTA, G.S.P. - Relação cirurgião-paciente que necessita ser mutilado. *R. AMRIGS.* 29(1) 38-42, 1985.
- 18- CONCIL ON PHYSICAL THERAPY. Psychologic and physiologic principles in amputation. *J.A.M.A.* 115: 1719-1720, 1940.
- 19- DEMBO, T. & COLS. - Adjustment of misfortune. A problem of social-psychological rehabilitation. *Artif. Limbs.* 3(2): 4-63, 1956.
- 20- DEUTSCH, H. - Some psychoanalytic observations in surgery. *Psychos. Med.* 4: 105-115, 1942.
- 21- ELMAM, R. - Psychogenic factors in surgery. *Surg. Clin. North. Am.* 30: 1391-1409, 1950.

- 22- ENGSTRAND, J.L. - Rehabilitation of the patient with a lower extremity amputation. *Nurs. Clin. North. Am.* 11(4): 559-569, 1976.
- 23- ETCHEGOYEN, R.H. - *Fundamentos da Técnica Psicanalítica.* Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- 24- EWALT, J. & COLS. - Phantom limb: interpretation and significance. *Psychosom. Med.* 9: 118-123, 1947.
- 25- FERRARI, A.T. - *Metodologia da Pesquisa Científica São Paulo.* Mc Graw-Hill do Brasil, 1982.
- 26- FERREIRA, A.B.H. - *Novo Dicionário da Língua Portuguesa.* 2<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- 27- FIGLIOULO, R. & COLS. - Problemas da relação médico-paciente no ambulatório e no hospital. *Jorn. Bras. Med.* 30: 85-92, 1976.
- 28- FRANK, R.G. & COLS. - Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation. *Brit. J. Psych.* 114: 493-497, 1984.
- 29- FREEMAN III, A. M. & APPLGATE, W. R. - Psychiatric consultation to a rehabilitation program for amputees. *Hosp. Comm. Psych.* 27(1): 40-42, 1976.

- 30- FREUD, S. (1895)- Estudos Sobre Histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, Vol. 2.
- 31- FREUD, S. (1905)- Fragmento da Análise de um Caso de Histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, Vol. 7.
- 32- FREUD, S. (1914)- Sobre o Narcisismo: uma Introdução. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, Vol. 14.
- 33- FREUD, S. (1917)- Luto e Melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, Vol. 14.
- 34- FREUD, S. (1923)- O Ego e o Id. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, Vol. 19.
- 35- FREUD, S. (1925)- A Negativa. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976, Vol. 19.

- 36- FRIERSON, R.L. & LIPPMAN, S.B.- Psychiatric consultation for acute amputees. *Psychosomatics*. 28(4): 183-189, 1987.
- 37- FROGGATT, D. & MAWBY, R.I.- Surviving an amputation. *Soc. Sci. Med.* 15 E (2): 123-128, 1981.
- 38- GOLDBERG, R.T.- New trends in the rehabilitation of lower extremity amputee. *Rehabil. Lit.* 45(1-2): 2: 11, 1984.
- 39- GRAU, J.J.- Enfermedade de los vasos. Angiologia: In: FARRERAS, R.- *Medicina Interna*. 8<sup>a</sup> ed., Barcelona, Marin, 1973, Vol. 1. p. 545-617.
- 40- GREENSON, R.R.- Técnica y Práctica del Psicoanálisis. 2<sup>a</sup> ed., México, Siglo Veinteuno, 1978.
- 41- GRINBERG, L.- Culpa y Depression. Estudio Psicoanalítico. 2<sup>a</sup> ed., Buenos Aires, Editorial Paidós, s/d.
- 42- HAIMOVICI, H.E.- Amputación de la extremidade inferior. In: HAIMOVICI, H.E., *Cirurgia Vasculuar. Principios y Técnicas*. 2<sup>a</sup> ed., Barcelona, Salvat, 1986, cap. 68, p. 1042-1085.
- 43- HANDEL, C.C.- Pesquisa na área de Ciências Humanas. *Rev. Psiq. Rs.* 6(2): 63-66, 1984.

- 44- HEIMANN, P. - On Countertransference. *Int. J. Psycho-Analysis.* 31: 81-84, 1950.
- 45- HERRMANN, F. - Panorama Atual da Psicanálise: Cinco Problemas: In: PORCHAT, I. (organ), *As Psicoterapias Hoje: Algumas Abordagens.* São Paulo, Summus Editorial, 1982.
- 46- JAMIESON, C.W. & HILL, D. - Amputation for Vascular Disease. *Brit. J. Surg.* 63(9): 683-690, 1976.
- 47- JAMES, J.M. - Amputation for Peripheral Vascular Disease. In: ALLEN, E.V.N. & COLS. - *Peripheral Vascular Disease.* 3<sup>a</sup> ed. Philadelphia / London, W.B. Saunders, 1982. cap. 39., p. 930-942.
- 48- JASPERS, K. (1913) - *Psicopatologia Geral.* 2<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1979.
- 49- KASHANI, J.K. & COLS. - Depression among amputees. *J. Clin. Psych.* 44(7): 256-258, 1983.
- 50- KAY, H.W. & NEWMAN, J.D. - Relative incidence of need amputations: statistical comparison of 6,000 new amputees. *Orthot. Prothet.* 29(2): 3-16, 1975.
- 51- KELHAN, R. L. - Some thoughts on mental effects of amputation. *Brit. Med. J.* 1: 334-337, 1958.

- 52- KERSTEIN, M.D. - Group rehabilitation for the vascular disease amputee. *J. Am. Geriat. Soc.* 28(1): 40-41, 1980.
- 53- KESSLER, H. - Psychological preparation of the amputee. *Indust. Med. Surg.* 20(3): 107-108, 1951.
- 54- KHOURI, V. - Amputação em Membro Isquêmico. In: ZERBINI, E. J. - *Clínica Cirúrgica Alípio Correia Neto*. 3<sup>a</sup> ed., São Paulo, Savier, 1974, Vol. 2, cap. 47, p. 546-560.
- 55- KLEIN, M. - Inveja e Gratidão. Estudo das Fontes do Inconsciente. 2<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Imago, 1984.
- 56- KOLB, L.C. - The psychology of the amputee: a study of phantom phenomena, body-image and pain. *Coll. Papers Mayo. Clin.* 44: 586-590, 1952.
- 57- KOLB, L.C. - Disturbances of the body-image. In: ARIETI, S., *American Handbook of Psychiatry*, 2<sup>a</sup> ed., New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1975, Vol. 4, cap 33, p. 810-837.
- 58- KONTOS, H. A. - Vascular Disease of the Limbs: In: WYNGAARDEN & SMITH (eds), *Cecil Textbook of Medicine*. 18<sup>a</sup> ed., W.B. Saunders International Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1988, Vol. 1, cap. 57, p. 375-389.

- 59- KUBLER-ROSS, E. - Sobre a Morte e o Morrer. 2<sup>a</sup> ed., São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- 60- LADRIÈRE, J. - Filosofia e Práxis Científica. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- 61- LANE, J.C. & COLS. - Propedêutica Vascular. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979.
- 62- LANGER, B. - Arterites. In: MAFFEI, F.H.A. & COLS. - Doenças Vasculares Periféricas. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1987, cap. 21, p. 361-371.
- 63- LANGER, E.J. & COLS. - Reduction of psychological stress in surgical patients. J. Exp. Psychol. 11: 155-165, 1975.
- 64- LASTORIA, S. - Aterosclerose Obliterante Periférica. In: MAFFEI, F.H.A. & COLS. - Doenças Vasculares Periféricas. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1987, cap. 20a, p. 323-335.
- 65- LASTÓRIA, S. & MAFFEI, F. - Tratamento Clínico da Aterosclerose Obliterante Periférica. In: MAFFEI, F.H.A. & COLS. - Doenças Vasculares Periféricas. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1987, cap. 20b, p. 335-338.

- 66- LITTLE, J.M. & COLS. - Vascular amputees: A study in disappointment. *LANCET*. 1: 793-795, 1974.
- 67- LUNDBERG, S.G. & GUGGENHEIM, F.G. - Sequelae of limb amputation. *Adv. Psychosom. Med.* 15: 199-210, 1988.
- 68- Mac BRIDE, A. & COLS. - Psychosocial factors in the rehabilitation of elderly amputees. *Psychosom.* 21(3): 258-265, 1980.
- 69- MAFFEI, F.H.A. & COLS. - *Doenças Vasculares Periféricas*. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1987.
- 70- MARTORELL, F. - *Angiologia. Enfermedades Vasculares*. 2<sup>a</sup> ed., Barcelona, Salvat, 1972.
- 71- MELLO F<sup>o</sup>, J. - *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. 2<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979.
- 72- MORAES, I.N. - *Propedêutica Vascular*. 2<sup>a</sup> ed., São Paulo, Savier, 1988, cap. 8, p. 87-100.
- 73- NOBLE, D. & COLS. - Psychiatric disturbance following amputation. *Am. J. Psych.* 110(7): 609-613, 1954.
- 74- PARKES, C.M. - *Seeking and Finding a lost object: evidence from recent studies of the reaction to bereavement*. *Soc. Sci. Med.* 4: 187-201, 1970.

- 75- PARKES, C.M. - Psycho-social Transition: A field of study.  
Soc. Sci. Med. 5: 101-115, 1971.
- 76- PARKES, C.M. - Factors determining the persistence of  
phantom pain in the amputee. J. Psychos. Research.  
17: 97-108, 1973.
- 77- PARKES, C. M. - Psycho-social Transitions: comparison  
between reactions to loss of a limb and loss of a  
spouse. Brit. J. Psychiat. 127: 204-210, 1975.
- 78- PARSONS, J.A. - Inappropriate amputation requests: a case  
report. Psychosom 22(9): 822-823, 1981.
- 79- PASNAU, R.O. & PFEFFERBAUM, B. - Psychologic aspects of  
post-amputation pain. Nurs. Clin. North. Am. 2(4):  
679-684, 1976.
- 80- PERESTRELLO, D. - A Medicina da Pessoa. 2<sup>a</sup> ed., Rio de  
Janeiro, Atheneu, 1974.
- 81- PEUCH-LEÃO, L.E. - Arteriosclerose Periférica. In:  
ZERBINI, E.J. - Clínica Cirúrgica Alípio Correia Neto.  
3<sup>a</sup> ed., São Paulo, Savier, 1974. Vol. 2, cap. 35  
378-389.
- 82- PFEFFERBAUM, B. & PASNAU, R.O. - Post-amputation grief.  
Nurs. Clin. North. Am. 2(4) 687-690, 1976.

- 83- PLECHA, F.R. - The early results of vascular surgery in patients 75 years of age and older: an analysis of 3.295 cases. *J. Vasc. Surg.* 2: 769-774, 1985.
- 84- RAMACCIOTTI, O. & VARELLA, A.L.B. - Amputação de Membros Inferiores. In: MAFFEI, F.H.A. & COLS. - *Doenças Vasculares Periféricas*. Rio de Janeiro, Médica e Científica, 1987, cap.11, p. 171-186.
- 85- RACKER, H. - The Countertransference. *Int. J. Psycho-Analysis.* 34: 313-324, 1953.
- 86- RANDALL, G. C. & COLS. - Psychiatric reaction to amputation. *J.A.M.A.* 123: 645-652, 1945.
- 87- REINSTEIN, L. & COLS. - Sexual adjustment after lower extremity amputation. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 59: 501-504, 1978.
- 88- REUCHLIN, M. - *Os Métodos em Psicologia*. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1971.
- 89- ROSEN, V.H. - The role of denial in acute postoperative affective reactions following removal of body parts. *Psychosom. Med.* 12: 356-361, 1950.
- 90- ROSS, R. & GLOMET, J. A. - The pathogenesis of atherosclerosis. *New. Engl. J. Med.* 295: 369-381, 1976.

- 91- ROSS, R. - Atherosclerosis: In: WYNGAARDEN & SMITH Cecil Textbook of Medicine. 18<sup>a</sup> ed., W.B. Saunder International Edition. Philadelphia, W.B. Saunder: Company, 1988. Vol. 1, cap. 50, p. 318-323.
- 92- SANTOS, C.L. - Reações psicológicas do canceroso. J. Bras. Psiq. 29(4): 245-252, 1980.
- 93- SCHILDER, P. (1935) - A Imagem do Corpo: As Energias Construtivas da Psique. São Paulo, Martins Fontes, 1981.
- 94- SOLOMON, G.F. & SCHIMIDT, K.M. - A burning issue. Phantom limb pain and psychological preparation of the patients for amputation. Arch. Surg. 113(2): 185-186, 1978.
- 95- STEPHEN, P.J. - Psychiatric aspects of amputation. Brit. J. Psychiat. 141: 535-537, 1982.
- 96- STRANDNESS Jr. , D. E. - Doenças Vasculares das Extremidades. In: HARRISON, T.R. - Medicina Interna. 11<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988, Vol. 1, cap. 198, p. 966-971.
- 97- SUKLA, G.D. & COLS. - A psychiatric study of amputee. Brit. J. Psychiat. 141: 50-53, 1982.

- 98- TEBBI, C.K. & COLS. - The role of social support systems in adolescent cancer amputees. *Cancer.* 56(4): 965-971, 1985.
- 99- THOMAS, L.V. - A respeito do luto. *J. Bras. Psiq.* 36(4): 209-215, 1987.
- 100- THOMPSON, D.M. & HARAN, D. - Living with an amputation: what it means for patients and their helpers. *Int. J. Rehab. Research.* 7(3): 283-292, 1984.
- 101- THOMPSON, D.M. & HARAN, D. - Living with an amputation: the helper. *Soc. Sci. Med.* 20(4): 319-323, 1985.
- 102- THURGEIRSON, G. & ROBERTSON, A.L. - The vascular endothelium pathobiologic significance. *Am. J. Path.* 93: 801-804, 1978.
- 103- TRACTENBERG, M. - O psiquismo do paciente cardíaco - conceitos e pré-requisitos para a introdução de uma psicoterapia psicanalítica em cardiologia e cirurgia cardíaco-vascular. *J. Bras. Psiq.* 35(6): 345-352, 1986.
- 104- TRICK, K.L.K. - O doente com dores crônicas. *Hexagone Roche.* 4: 26-28, 1986.

- 105- WARREN, R.- Early rehabilitation of the elderly lower extremity amputee. *Surg. Clin. North. Am.* 48: 807-816, 1968.
- 106- WEDDINGTON, W.W. & COLS.- Psychological outcome of extremity sarcoma survivors undergoing amputation or limb salvage. *J. Clin. Oncol.* 3(10); 1393-1399, 1985.
- 107- WEINSTEIN, C.L.- Assertiveness, anxiety and interpersonal discomfort among amputee: implications for assertiveness training. *Arch. Phys. Rehabil.* 66: 687-689, 1985.
- 108- WILLIAMS, J.G.L. & COLS.- Psychological control of preoperative anxiety. *Psychophysiology.* 12(1): 50-54, 1975.
- 109- WOLOSKER, M. & COLS.- Fundamentos Fisiológicos da Simpatectomia. In; ZERBINI, E.J., *Clínica Cirúrgica Alípio Correia Neto.* 3<sup>a</sup> ed., São Paulo, Savier, 1974, Vol. 2, cap. 26, p. 260-276.
- 110- WOLOSKER, M. & MURACO, B.- Angiologia. In: MARCONDES, M. & COLS., *Clínica Médica Propedêutica e Fisiologia.* 3<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984, cap. 18, p. 682-701.

111- ZERBINI, E.J., Clínica Cirúrgica Alípio Correia Neto.  
3<sup>a</sup> ed., São Paulo, Savier, 1974.